Fb*7.4

R39987

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21702172

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES

SUR

L'ANESTHÉSIE

OBSTÉTRICALE

PARIS. — TYPOGRAPHIE LAHURÉ
Rue de Fleurus, 9

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES

SUR

L'ANESTHÉSIE

OBSTÉTRICALE

PAR LE

Dr CHARLES JAMES CAMPBELL

ANCIEN INTERNE DE LA MATERNITÉ DE PARIS
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE PARIS

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU CONGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES
SÉANT A GENÈVE EN SEPTEMBRE 1877
ET DÉDIÉ AUX MEMBRES DE LA TROISIÈME SECTION
(Accouchements, Gynécologie)

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

M DCCC LXXVII

L'expérience n'a pas donné son dernier mot quand elle a prouvé l'efficacité d'un agent médicamenteux ; elle n'atteint le terme de ses efforts qu'au moment où elle a rigoureusement fait connaître toutes les influences qui font varier son action et surtout les conditions où celle-ci peut devenir nuisible. »

Bouisson. *Traité théorique et pratique de la Méthode anesthésique*, page 415. 1850.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIERES

I

Rappel des deux précédents mémoires de l'auteur (*Mémoire sur l'anesthésie obstétricale* et *Étude sur la tolérance anesthésique obstétricale*. 1874). — Leur analyse sommaire. — Réponse à quelques critiques. — Citations inexactes; conséquences qu'elles entraîneraient. — Période du travail plus particulièrement favorable à l'administration du chloroforme. — Garantie qu'offre l'*effort obstétrical* en faveur de la tolérance anesthésique. — Résumé 1

II

Suite de l'analyse des mémoires de l'auteur sur l'anesthésie obstétricale. — Effets produits par l'anesthésie en obstétrique. — La *demi-anesthésie*. — Confusion entre les indications d'une anesthésie de *fonction* et celles d'une anesthésie *opératoire*. 13

III

L'anesthésie opératoire prototype de toute anesthésie. — La progression anesthésique très-bien étudiée sur les animaux peut ne pas être

la reproduction fidèle de ce qui se passe chez l'homme. — Il y a lieu de distinguer entre la *sensibilité à la douleur* et la *sensibilité au tact* ou *pression intérieure*. — Sur cette distinction repose toute la théorie de l'anesthésie obstétricale. 19

IV

L'anesthésie obstétricale est une demi-anesthésie en ce qu'elle ne s'adresse qu'à l'élément *douleur*. — Elle pourrait être désignée sous le nom d'*analgésie obstétricale*. 24

V

En présence de la fonction toute passagère de l'accouchement, douloureuse sans doute, mais s'exécutant au milieu de l'indolorité relative et normale des autres actes de l'organisme humain, il n'y a pas lieu de porter l'anesthésie au même degré que lorsqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale qui n'obéit pas à des lois fonctionnelles régulières. 27

VI

Laborie et la *demi-anesthésie*. — La *demi-éthérisation* de M. Bouisson. Le *demi-sommeil* de Danyau. — Les principaux auteurs français et étrangers qui ont traité de l'anesthésie. — M. Houzelot et sa communication à la Société de chirurgie. 31

VII

Le malentendu qui existe entre les partisans et les adversaires de l'anesthésie applicable aux accouchements naturels paraît fondé sur l'exclusivisme de ces derniers en faveur de l'anesthésie entière et profonde des chirurgiens. — Citations à l'appui. — Légitimité de la narcose chirurgicale dans les cas d'*opérations obstétricales*. 38

VIII

Les éléments d'une nomenclature propre à mieux désigner la demi-anesthésie se trouvent dans la considération physiologique des deux principaux éléments de la *sensibilité :* la *douleur* et le *tact.* — La narcose obstétricale doit viser à éteindre la douleur en respectant le tact. — Pour l'accoucheur le tact se traduit par la *pression intérieure.* — C'est de la *pression intérieure* que procède l'effort. — Influence de l'effort sur le degré de la narcose cérébrale. — Existe-t-il une narcose utérine directe ? Si cette dernière peut être soupçonnée à la première période du travail, que devient-elle à la période d'expulsion ? Étude à poursuivre. 46

IX

Limite à établir, pendant la demi-anesthésie, entre la *douleur* et le *tact.* — Fait fondamental de la dissociation des éléments de la sensibilité. — Schéma de la demi-anesthésie. — Conduite de l'anesthésiste qui veut s'en tenir au point d'arrêt opportun. — Coopération de la petitesse des doses intermittentes de chloroforme et de l'effort — Degrés inférieurs d'indoloréité passagèrement obtenus. — Soulagement général, demi-analgésie, analgésie complète. — Oscillations et instabilité des effets anesthésiques obtenus pendant le travail, particulièrement à la période d'expulsion. 53

X

Théorie physiologique de la demi-anesthésie. — Énoncé de faits prouvant la dissociation des éléments de la sensibilité. — Réhabilitation du terme demi-anesthésie. — Ce que ce terme doit comprendre. — Variabilité du criterium tiré du pincement de la peau comme point d'arrêt de la chloroformisation. — L'esthiométrie iridienne est moins utile en anesthésie obstétricale qu'en anesthésie chirurgicale. 65

XI

La généralisation de l'anesthésie pour les accouchements naturels est-elle en dehors de la nécessité et de la science? — Raisons de la conduite de l'auteur. — Son opinion personnelle. — Quelques réflexions à l'adresse des adversaires de la méthode. 72

XII

Essai de conciliation sur le terrain d'une nomenclature physiologique plus détaillée et plus en rapport avec la variété des faits. — L'*indoloréité* observée peut être ramenée aux conditions suivantes :

1° Une période initiale de chloroformisme, état de simple soulagement général;

2° Une période d'analgésie incomplète, *dolor velo obductus;*

3° Une période ou état d'analgésie complète.

Description de ces diverses périodes. 82

XIII

Suite de l'analyse des mémoires de l'auteur sur l'anesthésie obstétricale. — Innocuité de la demi-anesthésie. — Son heureuse influence sur les suites de couches. — L'opinion des femmes elles-mêmes peut être prise en considération. — Résumé des conditions pratiques d'une bonne chloroformisation : tactique des inhalations, doses ; signification trompeuse des cris. — L'insensibilité au pincement de la peau est un criterium moyen de valeur très-relative. — Conduite à tenir dans le cas d'une chloroformisation excessive. — Nécessité d'une pondération entre les doses anesthésiantes et l'influence désanesthésiante née du travail lui-même. — Nécessité de l'accommodation du degré d'éthérisme aux moments les plus douloureux de la parturition. 100

XIV

Rôle de l'effort, qui est le modérateur des effets anesthésiques dans l'accouchement naturel et même pendant l'intervention opératoire obstétricale. — Respect dû à la conservation de l'effort. — Tactique de la chloroformisation dans les positions occipito-postérieures du sommet. — L'idée de l'immunité des parturientes pour le chloroforme est fondée : sur l'observation des effets produits par l'*inversion totale* d'un sujet chloroformé ; sur le fait de l'*anémiation relative* du cerveau pendant la narcose chloroformique ; et enfin sur le fait de la congestion cérébrale momentanément produite par l'effort obstétrical. 107

XV

Présentation à l'Académie de médecine des deux premiers mémoires de l'auteur. — Discussion à ce sujet : MM. les professeurs Gubler et Depaul. 120

XVI

Le présent travail a pour objet de commenter avec plus de détail les considérations générales qui précèdent. — Il servira de préface à la *Deuxième partie* actuellement sous presse (*Parturition et Anesthésie*). — Communication du présent travail au Congrès des sciences médicales séant à Genève (septembre 1877). 124

XVII

Les principes de l'anesthésie obstétricale. — Faits de Hervez de Chégoin devant la Société de chirurgie (1853). — Cas personnel de Hervez de Chégoin opéré par Michon pendant une anesthésie incomplète. — Le docteur Forget. — Mémoire du docteur Houzelot. —

Rapport de Laborie. — Discours de M. Danyau (1854). — Rapport sur le chloroforme publié par la Société médico-chirurgicale de Londres (1864). — Travaux de Claude Bernard (1869-1875). — Idée du rôle de l'effort en anesthésie obstétricale. — Idée d'une narcose utérine directe 126

XVIII

Les faits. Leur classification. — Nombre et valeur des faits. — Évolution progressive de l'étude des faits. — Faits *incertæ sedis*. — Influence du discours de M. Danyau à la Société de chirurgie. — Influence d'un fait heureux d'*inversion totale* pendant une anesthésie chirurgicale menaçant la vie. — Relation probable entre ce dernier fait et cet autre fait signalé par C. Bernard, à savoir l'*anémiation relative* des centres nerveux pendant l'anesthésie. 140

XIX

Distinction à établir entre l'anesthésie chirurgicale et l'anesthésie obstétricale. — Tableau comparatif et figures schématiques des des deux anesthésies. — Spécificité du rôle de l'effort obstétrical. — L'influence désanesthésiante de l'effort est prouvée, même dans la narcose chirurgicale, par le retour de la sensibilité à l'occasion d'un *vomissement* spontané ou expérimentalement provoqué. — L'effet antagonistique de l'effort obstétrical ne tarde pas à se manifester même pendant l'anesthésie des accouchements à intervention chirurgicale 146

XX

Oscillations toutes spéciales de l'anesthésie obstétricale. Continuité et maintien plus fixe de l'anesthésie des chirurgiens. — Autres particularités de l'anesthésie des accouchements naturels, tenant à la parturiente elle-même. 165

XXI

Récapitulation numérique des faits. — Tableau récapitulatif. — Résumé de la pratique et des idées personnelles de l'auteur. 177

XXII

Conclusions générales ou contre-propositions. — 1. Le *danger* de l'anesthésie obstétricale n'est pas prouvé. — 2. *Avantages* de l'anesthésie obstétricale. — 3. On peut dire que ses *inconvénients* sont à peu près nuls. 187

XXIII

La *question des aides*, très-opportune pour la pratique de l'anesthésie des chirurgiens, intéresse beaucoup moins l'anesthésie obstétricale. — Elle est peu praticable, d'ailleurs. — Le reproche qu'on fait, à cet égard, aux accoucheurs qui sont *seuls* pendant l'anesthésie d'un accouchement naturel, est fondé sur la supposition qu'on doit toujours faire pour une anesthésie *chirurgicale*. — Manière de procéder à une anesthésie d'accouchement simple. 200

XXIV

Le reproche de *banalité* fait à l'anesthésie appliquée à tous les accouchements naturels, quels qu'ils soient, n'est pas fondé. — Les meilleures pratiques et les inventions les plus utiles sont aussi devenues banales, après avoir rencontré la plus vive *opposition* à leur naissance 207

XXV

Le *chloroforme à la Reine*. — Erreurs qui se sont accréditées à ce sujet. — C'est une expression actuellement vide de sens. . . 211

XXVI

CONCLUSIONS PARTICULIÈRES : 1° L'anesthésie obstétricale *diffère* de l'anesthésie chirurgicale ; 2° elle a des caractères *spécifiques* dus à la petitesse et à l'intermittence des doses, à la segmentation procurée par l'effort, et peut-être aussi à une narcose directe de l'utérus ; 3° telle qu'elle est, l'anesthésie obstétricale *suffit* à toutes les indications voulues dans l'accouchement naturel. 214

XXVII

Raisons d'espérer pour l'avenir de l'anesthésie obstétricale. — Elles consistent dans certaines concessions déjà faites par les adversaires eux-mêmes de la méthode. — Elles existent, d'ailleurs, en germe dans l'esprit et dans les écrits de la plupart des auteurs contemporains qui se sont occupés de ce sujet. 217

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES

SUR

L'ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

PREMIÈRE PARTIE

I

Lorsque, au commencement de 1874, mon ami le professeur Gubler, qui venait de fonder le *Journal de thérapeutique*, me pria de lui donner pour cette publication une esquisse de mon expérience personnelle en anesthésie obstétricale, je répondis à cette proposition par l'offre d'un mémoire qui parut dans les numéros du 10 et du 25 février 1874.

Après avoir, dans ce premier travail, retracé les origines, en Écosse et en France, de cette branche de l'anesthésie provoquée, je passais en revue les fortunes diverses de la méthode selon les pays et selon les ac-

coucheurs. Je donnais le chiffre des faits d'anesthésie qui me sont personnels et qui se montaient alors à 942 cas[1] sur 1500 accouchements à terme dont j'avais pu suivre moi-même le travail pendant un certain temps avant sa terminaison.

J'exposais ensuite les conditions rationnelles de l'anesthésie obstétricale, d'après Simpson et surtout d'après mon expérience personnelle. Je considérais la deuxième partie du travail de l'accouchement comme la période où. sauf quelques rares exceptions, on devait recourir à l'anesthésie. Je signalais même les deux moments d'élection pour son emploi, à savoir : 1° le moment où, la dilatation de l'orifice utérin étant tout à fait ou *à peu près complète*, l'extrémité de l'ovoïde fœtal qui se présente *commence* à s'y engager et *tend* à le franchir pour pénétrer plus profondément dans le canal utéro-vulvaire ; « ce qui constitue, disais-je, la période la plus douloureuse, sinon la plus longue, de toute la parturition ; » et 2° le moment où « les efforts auront à vaincre le second et dernier obstacle constitué par l'anneau vulvaire et le plancher périnéal[2] ».

[1] En revoyant mes notes, j'ai dû, à cause de quelques omissions, ajouter 5 cas aux 942 faits primitivement mentionnés en 1874. Aujourd'hui (fin juin 1877), le total de mes faits d'anesthésie s'élève à 1052 cas sur un total de 1657 accouchements pratiqués par moi.

C. J. C.

[2] *Mémoire sur l'anesthésie obstétricale*, par le docteur Charles James Campbell, p. 8. (Tirage à part, lib. G. Masson, 1874.)

J'insiste un peu sur la première partie de ce tableau où il est question de la fin de la première période du travail et du commencement de la seconde, parce que, dans une critique récemment publiée et dirigée contre l'anesthésie appliquée aux accouchements naturels, l'auteur me reproche de n'avoir pas su apprécier le moment où l'acte de la parturition est le plus douloureux[1].

Je regrette d'avoir, dès les premières lignes du présent écrit, à faire œuvre qui me répugne, en relevant une inexactitude dans la critique qu'a cru devoir adresser à la méthode de la demi-anesthésie un confrère à la bonne foi duquel j'ai toujours cru et à laquelle je veux encore absolument croire. Sans doute, il peut s'agir ici d'une erreur de copiste ou d'une faute typographique, mais ce qui est certain c'est que la citation de mon adversaire est loin d'être textuelle, comme il le prétend, et je désire appeler tout d'abord l'attention des honorables directeurs des *Annales de gynécologie* sur cette irrégularité vraiment regrettable.

Elle se produit, en effet, presque à la page même

[1] *Le Chloroforme dans les accouchements naturels.* (*Annales de gynécologie,* n° de janvier 1875, p. 16.)

A la page 10 de ce mémoire, l'auteur a écrit cette phrase, que je copie : « Nous prévenons une fois pour toutes nos lecteurs de notre volonté résolue à emprunter *textuellement*, *loyalement*, *sans rien tronquer*, nos citations au travail qui paraît résumer les doctrines des partisans du chloroforme dans les accouchements naturels. »

où se trouvent, d'une part, la loyale déclaration que nous venons de rapporter en note, et, d'autre part, la formelle indication que c'est bien notre « Exposé de la doctrine » récemment paru dans le *Journal de thérapeutique* que vise particulièrement le critique, lorsqu'il ajoute qu' « en certains cas, citer est juger ».

Ayant déclaré que je me faisais une loi de ne jamais employer le chloroforme pendant la première partie de l'acte puerpéral, j'avais pourtant établi une exception pour les cas, rares d'ailleurs, où, « dès le début du travail, éclatent des contractions violentes, à succession rapide, qui peuvent aller jusqu'à l'affolement d'une personne hystérique. Les douleurs qui résultent de ces contractions anormales requièrent, disais-je, un soulagement immédiat à quelque moment qu'elles se montrent. Il n'en est plus de même des douleurs de la première période d'un travail moyennement douloureux[1]. » Or, si je ne suis pas allé jusqu'à préciser davantage en disant, ainsi que l'admet, de son côté, le critique de la méthode, qu' « il est vrai que le premier tiers du temps de la dilatation est accompagné de douleurs faibles », je n'ai pas écrit non plus, en aucune partie de mon mémoire, ce membre de phrase cité entre guillemets et en italique (ce qui suppose bien, je pense, l'intention d'une citation textuelle), et dans lequel je viendrais

[1] *Mémoire sur l'anesthésie obstétricale*, p. 8, lignes 4-9.

déclarer au lecteur bien véritablement alors « stupéfait » que j'avais vu la période de dilatation « *être généralement* BIEN *supportée par les femmes*[1] ».

Ni la contexture littérale de cette dernière phrase, ni le sens un peu trop absolu qu'elle comporte ne m'appartiennent. Il y a là une variation que je tiens absolument à constater dans l'occasion présente. Que si j'ai écrit dans cette même page 8 et à la ligne 15 de mon premier mémoire une phrase qui, par la construction et le sens, se rapproche beaucoup, si l'on veut, de celle que mon honorable contradicteur m'oppose dans son réquisitoire contre la méthode nouvelle, ma phrase à moi n'est pas, comme il l'affirme, la représentation textuelle de la sienne et je ne saurais admettre les conséquences à tirer de celle-ci.

Rien de plus facile, d'ailleurs, que de s'assurer de ces défectuosités de citations et du résultat qu'elles amènent, en comparant la page 8 de mon mémoire sur l'anesthésie obstétricale à la page 16 du travail inséré dans les *Annales de gynécologie*, janvier 1875[2].

[1] Mémoire des *Annales de gynécologie*, p. 16. Voir comparativement lignes 15-17 et ligne 34.

[2] Voici comment, une seule fois et en une seule phrase, je me suis exprimé dans mon premier mémoire, quand j'y parle de la période de dilatation (page 8, lignes 13-15) : « Or, comme dans la très-grande majorité des cas, cette première phase de l'accouchement est ASSEZ BIEN supportée par les femmes », tandis que dans les deux citations qu'elle prétend faire de ma phrase unique (citations en italique et guillemetées toutes deux), la critique me fait dire : 1° (page 16, ligne 17), que cette période de dilatation est généralement BIEN sup-

Revenant à cette question de la période du travail la plus favorable à l'emploi de l'anesthésie, — question qui, commentée comme elle l'a été par la critique, me touche de trop près pour que je n'essaye pas de l'éclairer dès le début de ce nouveau mémoire, — j'ose espérer qu'on me rendra la justice d'admettre que si, au dire de l'adversaire de notre méthode anesthésique, je n'ai pas suffisamment précisé ce qu'il appelle *l'achèvement de la dilatation* comme étant une phase déjà très-douloureuse de la première période, je l'ai du moins désignée d'une façon assez topique comme étant le moment d'élection pour le début de l'anesthésie obstétricale. J'ai parlé en termes précis du moment où « la dilatation de l'orifice utérin étant tout à fait ou *à peu près* complète, l'extrémité de l'ovoïde fœtal qui se présente *commence* à s'y engager et tend à le franchir, » et, une ligne plus haut, j'ai qualifié cette période « la plus douloureuse

portée par les femmes ; et 2° (même page, lignes 33-34) que cette phase est TRÈS-BIEN supportée, — ce qui est loin d'être absolument la même chose. Il y a, en effet, entre ces deux modes d'affirmation d'un fait physiologique une différence capitale, qui me semble devoir ôter singulièrement de sa valeur à une certaine conclusion 3 du même mémoire adverse. Cette conclusion, plus ou moins issue de semblables prémisses, est ainsi conçue : « C'est une *erreur d'observation* de considérer LA PÉRIODE TOUT ENTIÈRE DE DILATATION comme généralement bien supportée par les femmes » (page 30 des *Annales de gynécologie*), assertion que je repousse ainsi autoritairement formulée, comme m'étant complétement étrangère, ainsi qu'on en acquerra la conviction quand j'aurai fini de rappeler ce que j'avais dit concernant la dernière partie de la période de dilatation. C. J. C.

peut-être, sinon la plus longue de toute la parturition » (*Mémoire sur l'anesthésie obstétricale*, p. 8, lig. 20-23). Qu'on veuille bien se rappeler, d'ailleurs, que dans cette partie de mon premier Mémoire, destiné à donner une simple esquisse, un court résumé de ma pratique personnelle, je n'avais pour objet que de signaler dans la période expulsive (qui semblait, selon nous, la plus particulièrement favorable à l'emploi de l'anesthésie) d'abord son *début*, qui se confond très-intimement, si je ne me trompe, avec la fin d'une dilatation *à peu près complète*, puis sa *période d'état*, où j'admettais une certaine suspension de la chloroformisation en conformant cette dernière à la diminution proportionnelle et normale des souffrances de la femme, et enfin sa *terminaison*, pendant laquelle, à cause de la recrudescence des phénomènes de compression, je recommandais de recourir de nouveau à l'anesthésie.

J'ajoute que si j'estimais cette seconde période plus propice que la première, pour l'administration du chloroforme, c'est qu'avec elle naît l'effort obstétrical, et que, me fondant sur certains résultats heureux obtenus par la méthode de l'*inversion* pratiquée par Nélaton dans les cas d'accidents chloroformiques, ainsi que sur les recherches et l'opinion du professeur Claude Bernard sur l'*anémie relative* des centres nerveux, pendant l'anesthésie, je m'étais accoutumé, depuis quelque temps (1861-69), à considérer l'*effort*

obstétrical comme pouvant offrir une certaine garantie d'immunité contre le danger d'une trop complète anémiation de ces centres nerveux par le chloroforme. Au même titre, l'effort obstétrical devenait, à mon point de vue, un élément de plus (ajouté à ceux qui m'avaient paru fournis par l'état d'éréthisme général) en faveur de la *tolérance anesthésique* dont j'avais déjà supposé l'existence chez les *femmes en train d'accoucher* (premier Mémoire, p. 19 et 20), et non pas chez les *femmes grosses*, comme me le fait dire, à tort, le Mémoire des *Annales de gynécologie* (p. 23, dernière ligne).

On n'a qu'à se reporter, du reste, à ce que j'ai dit de l'anesthésie obstétricale pendant la première période [1], pour y trouver les raisons qui me semblent devoir, d'une manière générale, nous engager à réserver, de préférence, pour le moment qui coïncide avec l'apparition de l'effort tutélaire, l'emploi du soulagement que donnent les inhalations des vapeurs chloroformiques. D'autres moyens à la tête desquels se présente l'opium (morphinisme, anesthésie mixte) et le chloral paraissent, d'ailleurs, plus adaptés au soulagement de cette première période où l'effort n'existe pas encore [2].

Ce qui prouve aussi que j'admettais, plus implicitement que je ne l'ai formulé peut-être, que la

[1] *Étude sur la tolérance anesthésique obstétricale*, pages 44 et 46.
[2] Voir Observation, p. 49 du même travail.

fin de la période de dilatation mérite, à tous égards, l'intervention anesthésique, c'est que j'ai dit qu' « il faut réserver l'anesthésie pour la période la plus douloureuse peut-être, sinon la plus longue, de toute la parturition, celle où la dilatation de l'orifice utérin est tout à fait ou *à peu près complète.* »

Or, comme cette mention d'une dilatation *qui s'achève* (*à peu près complète*) ne peut guère s'appliquer qu'au dernier tiers de la première période, et ne peut avoir trait, évidemment, à une période d'expulsion qui serait déjà en pleine activité, il faut bien accorder que je n'ai pas été sans faire une part au soulagement qu'exigent les douleurs au moment où la partie fœtale qui se présente va franchir le premier obstacle maternel. Une dernière preuve que je n'attendais pas toujours et impitoyablement, pour donner le chloroforme, que se fussent déclarées les douleurs expulsives, c'est qu'à la page 18 de mon premier Mémoire je dis ceci : « On arrive donc graduellement par de petites doses de chloroforme, suspendues entre chaque contraction, à neutraliser *l'angoisse résultant de la pression occasionnée par le passage de l'enfant à travers l'orifice utérin;* et c'est *ordinairement au milieu de ce calme relatif* que l'on voit la patiente *commencer* la série des *efforts expulsifs.* »

Aussi, pour résumer cette partie de la question — à laquelle la rectification de citations imparfaites et ma défense contre les incriminations qu'elles entraî-

nent m'ont obligé de m'attarder plus longtemps que je ne l'aurais voulu — je dirai simplement ceci : Après avoir, d'un côté, admis, pendant la période de dilatation, l'existence exceptionnelle de douleurs violentes qui demandent un soulagement immédiat par n'importe quel moyen ; après avoir, d'un autre côté, laissé comprendre : 1° que « *les douleurs de la première période d'un travail moyennement douloureux* » ne requièrent pas une atténuation aussi exclusivement chloroformique, laquelle peut avoir l'inconvénient de trop ralentir ce temps de la parturition ; et 2° que, « *dans la très-grande majorité des cas, cette première phase de l'accouchement est* ASSEZ BIEN *supportée par les femmes* »[1], je ne vois pas de raison plausible pour qu'on me fasse déclarer que « *cette phase est* TRÈS-BIEN *supportée* »[2], et pour poser comme conclusion d'un travail de critique qui vise mon Mémoire que « c'est une *erreur d'observation* de considérer la PÉRIODE TOUT ENTIÈRE DE DILATATION comme généralement bien supportée par les femmes[3] », assertion qui, comme je l'ai déjà affirmé, est aussi absente de ma pensée que de mon texte.

Je prierai donc le lecteur de vouloir bien laisser tout simplement à leur place, et avec leur valeur ex-

[1] Campbell, *Mémoire sur l'anesthésie obstétricale*, p. 8, lignes 4-15.

[2] *Le Chloroforme dans les accouchements naturels. Annales de Gynécologie*, janvier 1875, page 16, ligne 34.

[3] *Ibidem*, page 30, ligne 14. Conclusion 3e.

primée, telles phrases ou tels mots que j'ai cru devoir employer; de la sorte, il ne verra, je pense, dans tout ce que j'ai dit, que l'expression sommaire de faits généraux, lesquels seuls devaient figurer dans la courte esquisse qui m'était demandée sur ma pratique personnelle en anesthésie. Quand nous viendrons aux considérations pratiques que me semble comporter l'étude de l'anesthésie obstétricale, j'ose espérer que ceux qui me liront n'auront pas à se demander, ainsi que le fait mon ancien compagnon des cours de la Clinique, « à quelle école » on peut bien avoir appartenu pour observer les faits que j'ai avancés.

Un dernier mot à ce sujet, et je prie qu'on me le pardonne, car il est tout à fait personnel : il se peut que mon éminent confrère en obstétrique, dont la personne m'a de tout temps été des plus sympathiques, se soit trouvé entraîné, maintenant qu'il est devenu le brillant professeur que nous savons, à oublier quelquefois, au milieu des acclamations enthousiastes de plusieurs générations d'élèves, les années pourtant si heureuses de notre éducation obstétricale et le temps que nous avons passé ensemble à la clinique d'accouchements de Paris. Quant à moi, vingt-huit années de pratique particulière n'ont pu effacer le souvenir de l'accueil que j'ai reçu au milieu de cette généreuse École française qu'en hôte reconnaissant je me suis empressé de défendre alors que,

dans ses écrits, un accoucheur de mon pays l'avait injustement attaquée[1]. Je n'ai pas davantage perdu la mémoire de mon séjour comme interne à la Maternité de Paris, et ma gratitude est toujours restée vive pour l'honneur qui m'est échu d'avoir pu devenir pendant plus de deux ans le chef de clinique du professeur Paul Dubois, comme d'avoir été plus tard l'assistant d'un autre maître non moins regretté, le docteur Antoine Danyau.

Voilà, pourrais-je répondre non sans quelque fierté, voilà à quelle école j'ai eu l'honneur d'appartenir.

Ces choses de notre passé commun à mon honorable adversaire et à moi, je n'ai pu ni voulu, je le répète, les oublier, et je ne sache pas que, depuis lors, j'aie jamais donné, en quoi que ce fût ni à qui que ce fût, l'occasion ou le droit de s'en étonner ni de les contester.

Dans ma carrière privée, déjà longue et fort remplie, ce n'est certainement pas la matière à observation qui m'a manqué, mais bien plutôt le temps suffisant pour la recueillir tout entière. Il arrive un jour

[1] Voir dans la *Gazette obstétricale de Paris*, année 1874, n° du 5 décembre, p. 363, l'article du docteur Verrier, qui, quatre mois plus tard, dans un numéro du même journal (5 avril 1875), annonce qu'il « brise sa plume et qu'il renonce à s'occuper désormais de l'anesthésie obstétricale ». Je saisis cette occasion pour offrir au nouveau préparateur du cours d'accouchements à la Faculté de médecine l'expression de tous mes regrets de cette détermination prise par lui, de tous mes remercîments pour le passé et l'assurance de ma bien vive reconnaissance pour toujours. C. J. C.

où, après avoir vécu dans une obscurité relative, on sent le besoin, la nécessité même, de faire connaître ce qu'on a été, ce qu'on est encore. Il est des tournois où il est de rigueur courtoise d'avoir à lever un instant la visière et de décliner ainsi, avant d'entrer en lice, sa personnalité tout entière.

J'en ai fini avec ces longues remarques que j'ai crues nécessaires cependant, et que, d'ailleurs, j'avais à cœur de présenter à mes amis comme à mes adversaires, ici, au seuil même de ce nouveau travail. On trouvera, chemin faisant, et aussi à la fin de ce mémoire, la réponse que j'ai cru devoir faire à quelques autres objections produites par une critique que je regrette d'avoir trouvée aussi systématique à l'égard de la demi-anesthésie, et aussi facile à se laisser emporter au delà des régions calmes, où devrait pouvoir se résoudre une question de cette nature.

II

Je reprends l'analyse de mon premier Mémoire en signalant les considérations générales que j'y exposais sur les effets du chloral, dont l'action, encore

mal définie, quant à son pouvoir anesthésique, était fort prônée, cependant, par l'école de la Charité. Je notais, en passant, la différence qui me semble exister entre l'action chloroformique que nous tenons en main, soit pour l'augmenter, soit pour la diminuer à volonté, et cette action du chloral qui, une fois lancé dans l'économie par des voies autres que celles de l'inhalation, échappe à notre contrôle immédiat comme anesthésique. On s'est même demandé si jamais le chloral pouvait jouer ce rôle aux doses où on le donne et par les modes qui (sans y comprendre toutefois, pour l'obstétrique au moins, l'injection intra-veineuse) servent à l'administration habituelle de cet agent.

Je donnais ensuite quelques chiffres sur la *durée de l'anesthésie* que j'avais notée dans un grand nombre de mes cas d'atténuation de la douleur, ou, pour employer le mot dont je me suis alors servi, pour la première fois (p. 17 du premier Mémoire) et sur lequel j'aurai à m'expliquer bientôt, dans les cas de *demi-anesthésie* ou d'anesthésie obstétricale *moyenne* que je voulais obtenir.

J'attache peu d'importance, d'ailleurs, à la question de *durée* de l'anesthésie. Cette durée est toujours subordonnée à la considération de la nature du travail et à celle des susceptibilités individuelles qui nous imposent avec une anesthésie toujours intermittente, parfois des interruptions momentanées et souvent une suspension définitive avant même la fin de l'accou-

chement. Les *effets* produits par l'anesthésie en obstétrique sont bien autrement importants à noter.

C'est à propos des *effets produits* par l'anesthésie chloroformique, appliquée aux accouchements naturels, que je veux, avant d'aller plus loin, et pour donner le plus de clarté possible à ce que j'ai à exposer dans ce nouveau mémoire, déterminer aussi nettement que possible la signification sinon scientifique, du moins pratique, des termes *demi-insensibilité*, *demi-anesthésie*. Bien qu'ils ne soient que très-rarement sortis de ma plume et que je n'y attachasse que la valeur d'une indication proportionnelle de la narcose obtenue, ces termes ont bien pu laisser quelque incertitude dans les esprits; la preuve en est dans les critiques qui sont récemment sorties de la Faculté et de l'Académie de médecine de Paris. J'aurai souvent à revenir sur les effets et les degrés de l'anesthésie obstétricale ; j'espère alors que les termes en question et leurs analogues trouveront leur justification et seront assez bien définis pour n'avoir point à les expliquer à chaque pas et pour qu'ils puissent être compris, un jour, sous la dénomination simple, unique et, selon moi, bien préférable, *d'anesthésie obstétricale*. Le moindre mérite de cette dernière dénomination consiste, dans l'état actuel de nos connaissances à cet égard, à préjuger aussi peu que possible et l'essence même et le degré sans cesse variable de cette anesthésie qui paraît, par la nature même des choses,

— et dans des proportions toujours restreintes par la prudence, — devoir être spécialement adaptée aux cas obstétricaux les plus simples.

Les termes de *demi-anesthésie* et de *demi-insensibilité* (qui n'en font qu'un puisqu'ils sont synonymes) ont bien plus servi aux adversaires de la méthode de l'*atténuation de la douleur dans l'accouchement naturel* pour la combattre qu'ils ne nous ont été utiles à nous-même quand, pour la première fois, nous avons entrepris de présenter à nos confrères un résumé de notre pratique personnelle [1]. Mais voilà qu'après avoir figuré

[1] On peut s'assurer, par la lecture de mes deux mémoires, que la seule et unique fois où, dans le premier, à la page 17, je me suis servi du substantif *demi-anesthésie*, que la seule et unique fois, où, dans le second, à la page 53, j'ai employé, en l'appliquant à des parturientes, le participe *demi-anesthésiées*, que les quatre ou cinq fois enfin où, dans les deux mémoires pris ensemble, se sont rencontrés des termes à sens ayant de l'analogie avec le sens des mots en question, on peut s'assurer, dis-je, que tous ces termes indistinctement n'y figurent guère que comme servant à décrire des symptômes observés et notés au cours des anesthésies obstétricales. Au contraire, dans les quelques pages du mémoire inséré dans les *Annales de gynécologie* (janvier 1875), on peut voir que le terme *demi-anesthésie*, en tant qu'exposant d'une méthode, y revient sous la plume de l'écrivain une trentaine de fois, sans parler des épithètes qui chaque fois lui font cortége pour l'accabler. Or, il me semble que par un tel procédé nos adversaires n'auront réussi, en réalité, qu'à vulgariser et qu'à faire accepter le terme de *demi-anesthésie* comme l'expression d'une méthode que je me vois amené à défendre sous ce nom même, tandis qu'il m'eût semblé bien préférable, je le répète, d'affecter le terme générique d'*anesthésie obstétricale* — dont je me suis toujours et presque exclusivement servi jusqu'ici — à l'ensemble des indications spéciales de l'éthérisme appliqué à l'obstétrique. Il restera à bien définir, par exemple, ce qu'il

dans la lutte et avoir été fort malmenés, soit dans les débats académiques, soit dans les écrits destinés à faire le procès de la méthode, ces termes se retrouvent aujourd'hui, par une confusion bien regrettable du *mot* et de la *chose*, impitoyablement rejetés, avec la méthode même qu'ils devaient désigner. Ce qui veut dire qu'on en est venu à convier le public médical français (si tant est que ce dernier consente jamais à appliquer une fraction quelconque d'éthérisme à la parturition simple) à ne reconnaître comme légitime que l'*autre* anesthésie, *la sérieuse*, *l'absolue*, *la profonde*, l'anesthésie *tout entière*, l'anesthésie une et indivisible, cette « méthode bienfaisante, en un mot, qui permet une amputation sans souffrance », celle des chirurgiens enfin[1].

Celle-ci du moins (nous ne le savons que trop) n'est pas restée *dérisoire*, puisqu'avec elle les chirurgiens ont eu des morts à déplorer ; ce qui n'empêche pas qu'elle n'ait, nous le constatons volontiers aussi, « conquis sa place désormais éternelle, dans les OPÉRATIONS de *chirurgie* et d'*obstétrique* »[2].

Je me contente, à propos de cette dernière phrase citée, de noter, en la regrettant, cette persistance

faut entendre par Anesthésie obstétricale, et quels degrés de narcose peuvent et doivent être compris sous cette dénomination.

[1] Mémoire cité : *Annales de gynécologie*, t. III, janvier 1875, p. 25 et *passim*.

[2] *Annales de gynécologie*, t. III, mém. cité, p. 24.

très-nette à vouloir confondre sans cesse les indications d'une anesthésie de *fonction* avec celles d'une anesthésie *opératoire*. Je veux bien, sans renier le moins du monde un terme dont, on le verra par la suite, je ne suis pas l'inventeur, mais dont j'ai cru commode de me servir, deux ou trois fois peut-être, en tant qu'il me semblait désigner brièvement un fait réel quoique complexe, je veux bien, dis-je, — je le dois même, — expliquer ici le sens que j'y attachais. Le sens que je donnais à ce mot était un peu plus étendu peut-être que celui que lui avaient prêté mes prédécesseurs qui n'entendaient par *demi-anesthésie* qu'une simple *atténuation* de la *sensation douleur*, tandis que pour moi il comprenait l'*extinction complète* de *cette première des deux principales formes de la sensibilité*, sans pour cela sortir des bornes restreintes de l'anesthésie *obstétricale* pour atteindre l'anesthésie *chirurgicale* qui a des besoins et des prétentions tout autres.

Cette limitation a bien pu paraître obscure et mal définie à ceux qui n'ont pas une extrême habitude de l'anesthésie appliquée aux accouchements naturels. Ce n'est pas du premier jour, en effet, qu'on saisit ce que les phénomènes d'anesthésie, jetés au milieu des phénomènes de la parturition, compliqués et modifiés par elle en plus ou en moins, peuvent offrir d'instable et de fugace. Les termes par lesquels on a essayé de rendre ces états « ondoyants et divers » ont bien pu

se ressentir de ces incertitudes et de ces variabilités ; mais il y a loin de constater cette difficulté de nomenclature à vouloir se perdre dans l'équivoque et l'ambiguïté que peut renfermer, pour certains esprits, le terme de *demi-anesthésie*. Ces obscurités de nomenclature et de définition, que nous sommes les premiers à regretter, devront disparaître, nous l'espérons du moins, quand on verra que nous nous attachons particulièrement aux considérations pratiques que renferme foncièrement *la chose*, bien plutôt qu'aux raisons, toutes conventionnelles, qui ont fait passagèrement et provisoirement adopter *le mot*.

III

Le prototype de toute anesthésie provoquée par l'éther ou par le chloroforme a toujours été, et est encore l'anesthésie employée en chirurgie. Dans ce cas, l'homme de l'art a pour but en administrant le chloroforme d'assurer à ses malades l'absence de la douleur et à lui-même l'accomplissement le plus calme possible de manœuvres opératoires projetées. Aussi, dans toutes les opérations, depuis l'avul-

sion instantanée d'une dent jusqu'à la gastrotomie la plus prolongée, les chirurgiens ont-ils toujours visé à procurer à leurs malades, pendant un temps très-variable, l'anesthésie la plus complète, c'est-à-dire non-seulement l'abolition de tous les modes de la sensibilité et de tous les degrés de la conscience, mais encore l'immobilité la plus absolue, laquelle comprend, comme on sait, outre la paralysie des mouvements volontaires, l'extinction de ceux des mouvements réflexes dont l'absence n'est pas incompatible avec le maintien de la vie. En d'autres termes, pour les opérateurs, le mouvement du cœur et l'acte respiratoire sont les seuls états fonctionnels dont l'intégrité, absolument nécessaire à l'existence, pose une limite aux anesthésies chirurgicales.

Ces conditions, à savoir, l'abolition de tous les modes de la sensibilité, la perte de la connaissance et l'immobilité absolue, ont paru tellement nécessaires à la pratique de la chirurgie, que Sédillot, Maurice Perrin et d'autres chirurgiens les posent depuis longtemps comme des desiderata absolument indispensables pour obtenir l'anesthésie vraie, profonde, la narcose chirurgicale en un mot, et ils les préconisent, à l'exclusion de toute autre condition de degré inférieur ou imparfait. Et pourtant c'est à ce point délicat et capital de l'anesthésie que se pose la question de vie ou de mort scientifiquement prouvée par Longet et Flourens et si sagement opposée par eux aux témérités chirurgi-

cales. Aussi n'est-il pas étonnant qu'il se soit rencontré, d'un autre côté, des observateurs et des chirurgiens qui, ayant remarqué, au cours de ce degré profond d'anesthésie chez l'homme, soit à l'aller, soit au retour de l'influence éthérique, certaines inversions dans l'ordre des phénomènes anesthésiques, et en particulier certaines dissociations des phénomènes de sensibilité, aient pensé que la progression anesthésique, si bien étudiée sur les animaux, pourrait bien ne plus être la reproduction fidèle de ce qui se passe chez l'homme. Ces chirurgiens ont été d'avis qu'elle ne pouvait plus suffire à servir de guide quasi-mathématique dans la tactique de la narcose humaine, où du moins l'individu peut rendre un certain compte de ses impressions subjectives, si variées, si variables, soumises à toute espèce d'alternances et qui échappaient nécessairement à ceux qui ne faisaient que des anesthésies expérimentales accompagnées de vivisections. On devait s'attendre aussi à ce que ces mêmes chirurgiens en viendraient à se demander si certaines périodes préliminaires de cette anesthésie, incomplète et irrégulière, ne suffiraient pas pour répondre aux desiderata de certaines interventions chirurgicales, dont la brève durée supposait la moindre importance. Nous verrons, en effet, quand nous exposerons l'historique de cette partie chirurgicale de la question, qu'en réalité il en a été ainsi, et quand nous en étudierons la

partie physiologique, nous comprendrons qu'il devait en être ainsi.

Pour faire pressentir tout de suite ce que ces considérations peuvent avoir d'intérêt pour l'anesthésie obstétricale, nous verrons, quand nous suivrons dans l'œuvre même de Simpson la genèse de la pratique de l'éthérisation instituée par lui dès les premiers jours pour les accouchements, quelles réserves il a dû s'imposer, et quelles concessions il a dû faire à la nature même des choses en voulant appliquer aux accouchements naturels l'anesthésie proprement dite, c'est-à-dire vraie, profonde, complète et continue, telle enfin qu'il venait de l'appliquer lui-même, la main haute et comme sans entraves, à la pratique chirurgicale, puis bientôt à l'obstétrique opératoire. Je ne crois pas que l'éminent accoucheur d'Édimbourg ait nettement formulé quelque part, au moins pour en tirer sciemment les conséquences qu'elle renferme, la distinction, à notre point de vue si capitale en obstétrique, entre la *sensibilité à la douleur*, destinée à être anéantie, et *la sensibilité à la pression*, à la *compression*, au tact *intérieur* qu'il est bon de respecter, comme étant la source de l'action réflexe qui produit l'effort. Toujours est-il que Simpson reconnaissait implicitement, à n'en pas douter, la quasi-indépendance, ou du moins la non-contemporanéité absolue dans le fonctionnement de ces deux formes fondamentales de la sensibilité

soumise à l'anesthésie. Cette constatation de la survie de la sensibilité tactile à l'extinction de la douleur proprement dite ne ressort-elle pas évidemment d'une des remarques qu'il formule sur les premiers phénomènes qu'il observait pendant le chloroformisme obstétrical lorsqu'il dit : « Les contractions auxiliaires réflexes des muscles abdominaux, etc., ont paru avoir été plus facilement provoquées à l'aide d'irritations artificielles et d'une *pression* exercée sur le vagin, etc., quand la femme était en état d'*anesthésie* »[1]?

Or c'est précisément sur cette distinction entre les manifestations de ces deux modes fondamentaux de la sensibilité, surtout quand cette dernière est dissociée, comme elle paraît pouvoir l'être, par la narcose chloroformique que devra reposer, ce nous semble, toute la théorie de cette anesthésie qui suffit d'ordinaire aux indications obstétricales les plus simples. La pratique, prenant base sur les mêmes données, consistera à savoir atteindre, en le diminuant, voire même en le supprimant, l'*élément douleur* qui se trouve le premier dégagé du faisceau des impressions

[1] Simpson, *Obstetric Memoirs and Contributions*, vol. II, p. 633. Edit. Priestley and Storer. Edimburgh, 1856. Voyez ibidem 602, obs. VI, où il dit : « She lay as usual like a person soundly asleep under it (the chloroform), and I was now able, *without any suffering on her part*, to increase the intensity and force of each recurring pain, by exciting the uterus and abdominal muscles through *pressure* on the lower part of the vagina and perineum. »

sensitives et tactiles, et la pratique doit y arriver, en respectant le plus possible, sinon tout à fait, l'*élément tact* lui-même ou *pression* qui, dans l'ordre de précédence physiologique comme selon son rang d'importance pratique, paraît survivre à l'enlèvement de l'*élément douleur*, comme pour présider à la production de l'*effort*, ce moteur essentiel de toute parturition.

IV

A mesure que nous avancions dans l'analyse des faits dont nous avons été témoin et de tout ce que nous avons lu sur l'anesthésie en général, aussi bien que sur les exigences pratiques particulières aux chirurgiens et aux accoucheurs qui l'emploient, tel nous a semblé devoir être et tel est, dans l'état présent de nos connaissances, sinon le dernier mot, du moins l'expression actuelle de cette question, si intéressante pour les accoucheurs désireux de faire participer leurs parturientes au bienfait d'une narcose momentanée, contenue par eux en des limites à peu près certaines.

L'anesthésie obstétricale, envisagée sous ce point

de vue philosophique, peut être véritablement considérée comme une *demi-anesthésie*, en ce sens qu'elle ne s'adresse essentiellement qu'à une seule des deux formes fondamentales de la sensibilité, *la douleur*. Que la question soit restée longtemps obscure même pour ceux qui ont vu passer sous leurs yeux des centaines de cas d'anesthésie obstétricale à tous les degrés; que cette question ait été obscurcie, comme de parti pris, par ceux qui n'ont voulu considérer comme digne du nom d'anesthésie que cette narcose qui comprend l'abolition de toutes les formes de la sensibilité avec extinction parallèle ou consécutive, mais, dans tous les cas, totale, des formes volontaires ou inconscientes de la motilité, c'est à coup sûr une regrettable lacune et une non moins regrettable erreur, comme il n'en arrive que trop souvent dans la marche des connaissances humaines. Mais en jetant un regard rétrospectif sur des faits observés par d'autres et par soi-même, à une époque où l'on ne songeait point encore à faire certaines distinctions pratiques; en éclairant ces faits des lumières nées de la combinaison d'études physiologiques et obstétricales, il est bien permis de reprendre à nouveau l'impression première et d'en tirer désormais les conséquences qu'elle comportait en germe.

La partie pénible de cette tâche d'investigation consiste à déblayer le chemin des obstacles dont on l'obstrue. Ces obstacles m'embarrasseraient peu et

j'attendrais volontiers, pour répondre aux objections présentées, qu'un jour vînt où ma réponse trouverait des auditeurs moins prévenus. Si je crois devoir cependant répondre immédiatement à quelques-unes d'entre elles, c'est qu'elles me paraissent fondées sur des erreurs toutes matérielles qui sont de leur fait même et dont je leur laisse la responsabilité, ou à des erreurs de doctrine qui me sont gratuitement imputées, — toutes choses que, je le répète, j'eusse préféré laisser à l'appréciation d'esprits moins imbus d'idées systématiques, tels enfin qu'on aimerait à en rencontrer toujours sur le terrain neutre de la science.

Aussi croirai-je bien préférable d'appuyer ma nouvelle manière d'envisager l'anesthésie obstétricale sur ce que les observateurs de ces dernières trente années ont bien décrit plutôt que sur des observations personnelles. Celles-ci, d'ailleurs, n'ont guère eu d'autre mérite, je l'avoue, que de confirmer par de nouveaux exemples les faits déjà signalés, sauf toutefois ce que j'ai pu dire sur *les effets de l'effort obstétrical* en anesthésie, et sauf aussi ce que je désignerai, si les faits viennent confirmer ce que j'entrevois, sous le nom de *narcose utérine directe*.

Envisagée de ce point de vue élevé, la question n'en est plus une de formes ni de termes, c'est une question de faits d'anesthésie obtenus dans le cours

de la parturition. Aussi, les faits restant identiques, ne nous occuperons-nous des termes imparfaits qui ont servi à les désigner que comme ayant eu une influence malheureuse sur l'interprétation de ces mêmes faits et accepterions-nous avec d'autant plus d'empressement, même au détriment de ceux qui nous ont été familiers pendant toute notre pratique, des termes plus simples qui désigneraient plus nettement chaque effet obtenu. En attendant, et pour les raisons précédemment énoncées, il ne nous déplaît nullement de désigner encore la méthode par le mot de *demi-anesthésie*, adopté, comme nous l'avons déjà dit, plutôt par nos adversaires que par nous-même. Plus tard, croyons-nous, devra naître de la considération des faits une désignation plus spéciale, celle d'*analgésie obstétricale*.

V

Quand on veut traiter à fond cette question de nomenclature spéciale, née des faits eux-mêmes, il devient intéressant d'assister, dès les premiers jours de l'anesthésie, à la genèse des conditions spéciales de

la narcose obstétricale. Nous reviendrons, dans une autre partie de ce mémoire, sur les particularités si magistralement décrites par Simpson qu'on voit aux prises tout d'abord avec l'éthérisation non plus nécessitée par une intervention chirurgicale, mais appliquée à une fonction à type rhythmique dont les lois, tant générales que particulières, veulent être, jusqu'à un certain point, sauvegardées.

Ces particularités ont été signalées, depuis Simpson, par un grand nombre d'auteurs; nous les avons nous-même observées maintes fois, et nous croyons qu'on en devra de plus en plus apprécier l'importance à mesure que l'attention des anesthésistes, physiologistes et accoucheurs, aura appliqué à ces questions intéressantes les modes d'investigation et d'analyse dont on dispose aujourd'hui. C'est ainsi qu'il faudra s'enquérir si la dissociation des formes de la sensibilité, observée dans le cours de certaines anesthésies incomplètes de la chirurgie et dont le reflet se retrouverait peut-être dans quelques formes des anesthésies spontanées de la pathologie, n'est pas la raison de ces inversions parfois bizarres des phénomènes intellectuels, sensoriaux et sensitifs, si souvent signalées dans l'anesthésie obstétricale. Il faudrait aussi s'informer si ces particularités ne sont pas dues, indépendamment de la question des doses et de la tactique des inhalations anesthésiques, et en dehors des idiosyncrasies, à la condition propre et essen-

tielle de l'acte de parturition lui-même; si, en un mot, la variabilité de ces phénomènes n'est pas attribuable à la segmentation du travail par une cause désanesthésiante à type intermittent, que nous avons signalée, il y a quelque temps, et sur laquelle nous reviendrons plus tard, quand nous aurons à traiter de l'*effort obstétrical*.

En attendant, on voudra bien, je pense, concéder dès aujourd'hui qu'il existe, pour le travail de l'enfantement, un moteur issu d'une action soit volontaire, soit réflexe, aussi importante pour la parturition, — toute isolée que paraisse cette fonction au milieu de l'organisme, — que peut l'être, pour l'entretien de la vie elle-même, cette autre action réflexe qu'il faut par-dessus tout respecter, dans toute anesthésie quelle qu'elle soit, par cette seule et évidente raison qu'elle préside à l'action du cœur et à l'acte respiratoire.

Cela étant, n'y a-t-il pas lieu de se demander, en présence d'une fonction toute passagère et momentanée, d'une fonction si singulièrement, si exceptionnellement douloureuse s'exécutant au milieu, sinon d'un calme parfait, du moins le plus souvent au milieu de l'indoloréité relative et normale des autres actes de l'organisme humain, et qui n'a pas attendu notre présence pour se déclarer en pleine activité rhythmique ; n'y a-t-il pas lieu, dis-je, de se demander s'il est permis de porter l'anesthésie en plein état d'éréthisme

préétabli et d'excitation préexistante, au même titre et au même degré que lorsque nous voulons l'admettre dans une intervention chirurgicale préméditée par nous, qui n'obéit pas à des lois fonctionnelles régulières, qui ne peut se produire sans nous et qui, pour avoir lieu, attend pour ainsi dire notre arrivée et notre volonté ? La seule analogie qui pût exister, à la rigueur, entre ces deux ordres de faits trouverait-elle sa raison d'être suffisante dans ce qui vient d'être dit de l'anesthésie incomplète appliquée à la chirurgie ? Et, nous plaçant à un point purement philosophique de la question, nous est-il permis de dire, pour justifier notre intervention anesthésique dans la parturition, que nous ne nous croyons pas mal fondé à venir assimiler chaque contraction douloureuse de l'utérus, pendant le travail, à une de ces opérations chirurgicales de courte durée, quoique pleines de douleur, dont, en obstétrique, l'exécution ou plutôt l'accomplissement serait laissé à la nature, et à considérer l'ensemble de l'acte puerpéral comme une collection, une série de ces procédés successifs dont l'élément essentiel ou basique, pour chacun d'eux, consisterait en une *pression* plus ou moins *douloureuse* suivie d'une *intermittence?*

VI

A ceux qui, par un sentiment de nationalité, un peu étroite à mon sens, croiraient, en nous concédant la méthode de la *demi-anesthésie* et le terme qui la désigne, avoir rendu ou avoir à rendre hommage à une importation étrangère, qu'il me soit permis d'affirmer que dans aucun pays, la France exceptée, on n'a, que je sache, tenté, à quelque époque que ce soit de ces trente dernières années, de faire la distinction physiologique entre les deux anesthésies.

J'ajouterai ici un fait qui donne un intérêt historique tout spécial à la question. A une époque où, bien qu'il fût admis déjà qu'on n'anesthésiait pas en obstétrique aussi profondément qu'en chirurgie, personne ne songeait guère à déterminer catégoriquement la différence à établir entre les deux anesthésies, on ne fut pas autrement étonné de voir surgir pour désigner celle que l'on croyait devoir affecter aux accouchements simples un nom distinct qui la caractérisât brièvement. Ce fut en 1854, en effet, que l'occasion s'en présenta, et ce fut à propos du

rapport fait par notre excellent et très-regrettable confrère Laborie, à la Société de chirurgie, sur le mémoire de M. Houzelot, de Meaux, que, ressuscitant une question à peu près abandonnée à Paris, notre ami se servit un des premiers, sinon le premier, du terme de *demi-anesthésie*[1]. Ce mot n'était peut-être qu'un souvenir du *demi-sommeil* de Blandin, cité par M. Bouisson[2], ou de la *demi-éthérisation* de M. Bouisson lui-même[3], le précurseur peut-être des termes de *demi-ivresse*, *demi-sommeil*, *demi-résolution des membres* dont M. Danyau devait se servir dans la même discussion[4]. Ce mot, dans tous les cas, ne signifiait alors dans la bouche de Laborie que l'atténuation de la douleur obstétricale, sans qu'il crût devoir cependant se refuser à comprendre sous cette unique dénomination les quelques faits de M. Houzelot où celui-ci avait paru momentanément atteindre l'*insensibilité complète à la douleur*[5]. Et, disons-le ici en passant, Laborie nous paraît avoir eu raison d'en agir ainsi pour ce qui était de ce dernier point, car nous verrons plus tard, en comparant à la nôtre l'anesthésie des chirurgiens, que l'*analgésie* (insensibilité à la

[1] *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, séance du 24 mai 1854, p. 555.

[2] Bouisson, *Traité de la méthode anesthésique*, p. 365, ligne 26. 1850.

[3] Ibidem. Page 278, ligne 31-32.

[4] *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, séance du 24 mai 1854.

[5] Houzelot, *De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple*, 1854.

douleur) peut être obtenue complète et seule, et avec persistance de la conscience, à un moment donné de l'accouchement, sans qu'on ait dû dépasser, pour l'obtenir, la mesure de la *moitié* de la *sensibilité* considérée dans son ensemble physiologique.

Ce terme, on ne le trouve pas, que je sache, dans les auteurs du pays où est née l'anesthésie ou des pays d'où est venue la narcose obstétricale. Voilà pour le *mot*. Quant à la *chose* elle-même, la *demi-anesthésie*, je crois faire acte de justice en disant qu'elle devait mériter de naître dans le pays qui a donné naissance au mot qui la désigne. En effet, après les travaux de Simpson qui nous en donne l'esquisse et les contours principaux sans en préciser les traits caractéristiques, après les travaux de Channing, Clark, Putnam, Beatty, Merriman, Rigby, Murphy, Snow, Kidd, Sansom, Kilian, Vogler, Harnier, Helfft, Ch. Braun, Richardson, etc., etc., c'est encore et surtout dans les remarquables travaux publiés en France sur l'anesthésie qu'il faut chercher les jalons qui nous guident le mieux dans notre étude spéciale; je citerai, après les écrits de Flourens et de Longet, ceux de P. Dubois et de Stoltz, ceux de Bouisson, Houzelot, Laborie, Danyan, C. Bernard, Maurice Perrin, Guibert (de Saint-Brieuc), Budin et Coÿne et quelques autres.

Qu'il me soit permis aussi à cette occasion de ne pas laisser passer le nom du digne rapporteur à la Société de chirurgie sans rappeler ici, ce que l'on pa-

raît avoir trop oublié, que ce fut encore ce confrère parisien, cet homme d'esprit et de cœur si éminemment français qui, dans cette même occasion solennelle, crut pouvoir, au début de son rapport, dire « que l'on avait dû éprouver un certain étonnement en voyant l'espèce de silence qui règne à l'endroit de l'application des anesthésiques à l'art des accouchements ». Ce fut lui encore qui, vers la fin de son travail, sut faire cette remarque, restée si vraie de nos jours : « Les opinions émises par plusieurs de nos confrères de Paris offrent en général une excessive timidité ; et si quelques médecins semblent préconiser l'anesthésie en citant des observations favorables, presque toujours les conclusions cessent d'offrir ce même caractère de bienveillance pour le procédé. » Tout lecteur impartial du rapport à la Société de chirurgie, en 1854, admettra, je pense, qu'en s'exprimant ainsi Laborie formulait bien plutôt une surprise personnelle, fort légitime d'ailleurs, qu'un « reproche inexact ». On peut être sûr, au moins, qu'il ne propageait pas une « contre-vérité[1] ».

Je ne devais pas moins que ces remarques à la mémoire d'un ami, aux mérites d'un confrère aussi honorable et d'un juge aussi impartial que se montra Laborie dans la question qu'il s'était chargé d'examiner.

[1] *Annales de gynécologie. Du chloroforme dans les accouchements naturels*, page 8, lignes 12-14.

Que dirai-je maintenant, et à cette place encore, du modeste et courageux praticien français qui, à cette époque (1853-1854), croyait devoir, au milieu du silence de l'école de Paris, élever la voix sur la question de l'anesthésie qui lui semblait avoir été, en France, et quant à son application dans l'accouchement naturel simple, « jugée prématurément et sans examen pour ainsi dire »? M. Houzelot, de Meaux[1], dont les travaux, présentés à la Société de chirurgie, avaient été la cause et l'objet de l'excellent rapport de Laborie, aborda la nouvelle pratique avec une hésitation et une appréhension bien naturelles. Pénétré, d'ailleurs, du sentiment de la responsabilité grave qu'il assumait, et malgré toutes les incertitudes inhérentes à cette pratique de récente importation, entourée qu'elle était encore des préventions des confrères autant que des malades, M. Houzelot allait, le chloroforme en main et tâtonnant un peu, de degré en degré d'anesthésie, pour tâcher de se maintenir dans les limites des données obstétricales qui paraissaient s'imposer à lui comme elles se sont, à peu près et d'emblée, imposées à tous les praticiens qui les ont tentées. M. Houzelot se mit donc à anesthésier ses parturientes, n'ayant pour guides que les conclusions — si contradictoires et, en France du moins, si opposées aux prémisses — formulées par P. Dubois,

[1] Houzelot, *De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple*, pages 5-8.

Bouisson et Chailly. Il se trouvait aux prises avec cette question agitée et dont il a pu dire lui-même : « Tous rapportent des faits qui auraient dû la faire résoudre affirmativement, et tous, au moment de conclure, se prononcent pour la négative[1]. » Eh bien, je pense que M. Houzelot a accompli là une entreprise remarquable, qui mérite d'être consignée dans les annales de l'obstétrique française.

Tout récemment encore M. Houzelot, — que je n'ai eu l'honneur de connaître que par son Mémoire, par le rapport de 1854, et par une lettre qu'il m'écrivait le 28 mars 1874, à propos de l'envoi que je venais de lui faire de mon premier travail sur l'anesthésie, — m'annonçait que si depuis vingt ans il n'avait trouvé que peu d'occasions de faire emploi du chloroforme dans l'accouchement physiologique (emploi dont il avait pu dire : « Jamais je n'y ai eu de regret »), cela avait tenu à ce que « les préventions sont si tenaces! » Le « travailleur obscur », comme le praticien de Meaux s'intitule trop modestement lui-même, trouvera d'autres investigateurs logés à la même enseigne et résolus, comme lui, à attendre le jugement d'hommes moins prévenus que ceux qu'on rencontre parfois, et dans tous les pays, à tous les degrés de l'échelle scientifique et pratique.

Et nous pouvons bien dire, comme l'a dit M. Hou-

[1] Houzelot, ouv. cité, page 7, lignes 17-19.

zelot, en concluant ses remarques générales sur l'application de l'anesthésie à l'accouchement naturel simple : « L'abus n'est guère à craindre ; d'ailleurs, le bon vouloir professionnel est là qui veille, prêt à empêcher, à condamner au besoin, sans avoir même cherché à connaître[1]. » On verra plus tard, en effet, que toutes les objections élevées contre la demi-anesthésie sont fondées sur l'admission exclusive de l'anesthésie entière ; elles partent d'accoucheurs qui veulent ignorer une *anesthésie chirurgicale incomplète* que Baudens, Hervez de Chégoin, Houzelot et d'autres ont pourtant reconnue suffisante pour certaines indications de la chirurgie, de praticiens qui ne consentent à appliquer à l'obstétrique des faits naturels et simples que la seule et unique anesthésie chirurgicale, pleine et entière, dont ils ont pu à bon droit, je ne le conteste point, trouver eux-mêmes l'emploi lors de leurs *interventions chirurgicales en obstétrique.*

[1] Houzelot, ouv. cité, p. 18.

VII

Les manœuvres *opératoires* des accouchements difficiles, conduites avec l'anesthésie des chirurgiens, paraissent avoir été bien plus familières à nos contradicteurs que ne le sont les applications aux accouchements physiologiques d'une méthode que, sans l'avoir patiemment maniée eux-mêmes, ils proscrivent chez les autres absolument. Aussi la preuve qu'il existe entre eux et nous un malentendu fondé sur l'interprétation de deux indications qui ne sont parallèles que jusqu'à un certain point ressort-elle, à chaque page, du travail inséré dans les *Annales de gynécologie*, travail qui paraît résumer les doctrines des adversaires du chloroforme dans les accouchements naturels. Il n'y est question que de l'anesthésie appliquée par l'accoucheur « aux *opérations douloureuses* et à quelques *rares* accouchements spontanés[1]. »

Comme on ne pourrait aisément s'imaginer en quoi l'exaltation exclusive d'une méthode anesthésique

[1] *Annales de gynécologie, Le Chloroforme dans les accouchements naturels simples*, janvier 1875. Page 6.

chirurgicale peut constituer, par le fait même, une preuve d'infériorité ou de nullité contre une anesthésie que nous croyons, nous, spécialement adaptée aux accouchements naturels, je prends le parti de citer quelques passages du mémoire adverse. Ces citations prouveront mieux que quoi que ce soit de quel genre d'anesthésie il y est uniquement question, et démontreront (contre l'intention des détracteurs de notre méthode assurément) que leur degré de narcose, dépassant de beaucoup la nôtre par sa destination opératoire, ne représente nullement le degré de narcose que nous désirons pour la parturition simple et naturelle. En tout cas, nous remercions nos adversaires de nous fournir une collection d'éléments qui nous permettront d'établir, quant aux indications au moins, un diagnostic différentiel entre les deux anesthésies. Ainsi :

Page 8. — L'auteur dit qu'il « n'a pas cessé, depuis l'introduction du chloroforme, de le donner à la Clinique quand il suppléait P. Dubois, pendant les *opérations douloureuses*. Il l'a essayé contre l'*éclampsie*, et a prolongé son action pendant plus de deux heures, dans les *céphalotripsies répétées*, à l'hôpital et dans la ville. »

Page 9. — « Les praticiens français ont adopté le chloroforme depuis son apparition; ils en ont largement fait usage dans les *opérations*, et repoussé.... dans les accouchements qui se font seuls. »

Page 15. — « Ils (les accoucheurs à chloroforme) n'ont point d'aides.... Jamais nous ne nous permettrions pareille imprudence dans nos *opérations*. »

Pages 18-19. — « Paul Dubois, dit notre critique, ne faisait pas, lui, de la demi-anesthésie, mais de l'*anesthésie tout entière*, quand il en faisait. » Puis, pour motiver la réserve et justifier l'appréhension de notre vénéré maître vis-à-vis de cette *anesthésie vraie*, on cite une *opération* chirurgicale pratiquée par P. Dubois (ablation d'un sein cancéreux), où ses deux aides, un de nos bien regrettés confrères et l'auteur de la critique lui-même, furent chargés l'un de donner le chloroforme, l'autre d'en surveiller l'action, et où la patiente, malgré tout, faillit mourir. Cette scène est fort dramatiquement rapportée dans les *Annales de gynécologie* (1875, p. 18-19).

Je m'arrête ici pour dire que j'aurai occasion de revenir plus tard sur le genre d'anesthésie que Paul Dubois pratiquait quand il faisait de la chirurgie et sur le genre tout différent de cette anesthésie qu'il se trouvait avoir en main quand il voulait l'appliquer à un accouchement simple, genre tout particulier et qui à M. Dubois, comme à tant d'autres, s'est imposé, à leur insu pour ainsi dire, avec le cachet de moindre profondeur que lui imprime la fonction elle-même.

Je voudrais aussi, avant de quitter cette citation, constater qu'elle y pose déjà la *question des aides*

pendant l'anesthésie. Bien que je doive donner plus tard à cette question le degré d'attention qu'elle mérite, je ne puis résister au désir de faire remarquer, en passant, et cela sans arrière-pensée, que, dans l'observation qu'on vient de nous donner d'un fait chirurgical grave demandant un degré d'anesthésie et une assistance proportionnés, l'infaillibilité, sinon l'utilité d'un certain nombre d'aides (voire même, comme dans le cas actuel, des plus intelligents et des plus dévoués) ne semble ni absolument évidente ni prouvée.

A la page 20 de son mémoire le même critique dit ceci : « Le résultat est d'obtenir une *demi-anesthésie* et non pas (ainsi que nos adversaires s'en défendent fort) l'*anesthésie chirurgicale*, C'EST-A-DIRE l'*insensibilité à la douleur* ». Or, cette phrase, outre une nouvelle preuve qu'elle nous donne de la prédominance, chez son auteur, d'une préoccupation constamment *chirurgicale*, ne renferme-t-elle pas une définition, tout au moins fort écourtée, de la narcose des chirurgiens? On sait aujourd'hui que celle-ci a bien d'autres visées que la seule *indoloréité*. Si j'étais assez parfait moi-même pour user du droit d'accuser les autres d'*erreur scientifique*, *pratique*, *et cætera*, ce serait peut-être ici le cas d'en user ; mais je ne veux voir là qu'un *lapsus calami* que je signale et je passe.

Et plus loin, à la page 24 : « Si l'on faisait *tous les jours* et partout des céphalotripsies répétées avec une heure et demie ou deux heures d'anesthésie *vraie*

et *complète* comme nous en avons pratiqué, ou des *opérations obstétricales* même beaucoup moins longues, avec une anesthésie *vraie*, comme on fait tous les jours et partout des *opérations chirurgicales*, on pourrait, au bout de quelques années, poser des conclusions ; mais, en obstétrique, les cas graves sont rares par rapport au nombre d'accouchements. Or, un million de faits semblables à ceux que l'on cite ne démontreraient absolument rien. » — Toujours le même exclusivisme pour l'anesthésie chirurgicale. Mais le million de faits d'accouchements naturels soumis à l'anesthésie, et qui s'y sont comportés autrement que ne doivent s'y comporter les opérations chirurgicales, prouvent au moins que les deux anesthésies ne sont pas identiques, comme résultat, par telle ou telle raison de choix ou de nécessité. Ce nombre de faits donne à penser qu'en deçà de l'anesthésie entière et profonde il y en a peut-être bien une autre, moins complète, plus superficielle, que l'on peut, pour le moment, appeler demi-anesthésie.

Et encore page 24 : « Si les chirurgiens avaient toujours fait ainsi, eux non plus n'auraient jamais eu de mort à déplorer, mais l'anesthésie serait alors comme si elle n'était pas. Restée dérisoire, elle n'eût certes tué personne, elle n'eût pas non plus conquis sa place, désormais éternelle, dans les *opérations de chirurgie et d'obstétrique.* » — Si entre les mains des chirurgiens, et pour des raisons que nous n'avons

pas à examiner, le chloroforme a quelquefois, trop souvent même, dépassé les limites compatibles avec le maintien de la vie, je ne pense pas que les chirurgiens acceptent comme un criterium, assurément peu enviable mais possible, de la profondeur de leur anesthésie, la *mort* qui pourrait se trouver au bout. A entendre nos adversaires, on dirait qu'il ne leur déplairait pas absolument que la demi-anesthésie, à son tour, eût l'occasion d'ouvrir une page à l'article nécrologie; ce qui pourrait lui permettre enfin de dire : Je tue, donc je suis! — Que le ciel nous préserve jamais de ce terrible genre de démonstration !

Pages 27-28. « Nous n'avons pas fait, depuis l'année 1853, une seule *opération obstétricale grave*, à moins d'une contre-indication formelle, sans employer l'anesthésie. Pendant près de trois années, à la Clinique d'accouchement de Paris, toutes nos *opérations* ont été pratiquées avec l'aide du chloroforme. Depuis l'apparition des anesthésiques, nous avons assisté, et parfois pris part, aux *opérations* faites par notre maître, M. P. Dubois. Dans quelques cas personnels, les femmes ont été maintenues dans l'insensibilité pendant une heure ou deux (*céphalotripsies répétées*). » — Mais qui a jamais nié chez notre honorable contradicteur cette existence de chirurgien combinée avec celle d'accoucheur? Qui songerait surtout à contester la légitimité parfaite de l'application

d'une anesthésie toute *chirurgicale* à tous ces faits essentiellement *opératoires?* Seulement, en quoi ces faits, tous incontestables, à coup sûr, annihilent-ils la possibilité de l'existence d'une anesthésie indigne de ce nom, si l'on veut, inadéquate enfin, mais, pour nous, suffisant à des faits d'accouchements qui ne sont ni *chirurgicaux* ni *graves?* Or, c'est de celle-ci qu'il est question, et voici, pour la combattre, que notre critique se croit obligé de monter sur les grands chevaux de la chirurgie proprement dite!

Enfin, page 30. « Le chloroforme a sa place marquée à tout jamais en obstétrique. Aucun praticien n'hésitera à l'employer, *avec toutes les précautions qu'il impose*, dans les cas d'*opérations douloureuses* ou d'accouchements anormaux, quoique spontanés, sauf contre-indication. »

Ainsi il est dit que jusqu'à la fin notre honorable adversaire, pour s'opposer à l'introduction de la demi-anesthésie, ne saurait sortir de l'*anesthésie des opérations*, ni cesser de nous opposer celle-ci, dont personne aujourd'hui ne songe à discuter la valeur. Aussi croyons-nous que ce n'est pas là ce qu'il fallait démontrer.

S'il est vrai, comme on a si bien su le dire contre nous, que « citer est juger », ai-je besoin de faire remarquer, avant d'aller plus loin, que les citations qu'on vient de lire, tout en rappelant un peu ce que M. Houzelot avait bien défini, « une tendance géné-

rale à condamner sans avoir même cherché à connaître », ne prouvent en définitive que deux choses, à savoir : 1° que la demi-anesthésie que nous pratiquons et préconisons n'est pas l'anesthésie des chirurgiens; — ce que nous accordons d'autant plus volontiers, que c'est vers la démonstration de cette vérité que tendent, naïvement peut-être, tous nos efforts; puis 2° que l'anesthésie des chirurgiens peut, jusqu'à un certain point, à l'hôpital et en ville, être appliquée aux *interventions chirurgicales de l'obstétrique* et à d'autres cas graves qui ne doivent pas nous occuper ici; — ce que, sans discussion, nous admettons encore. Mais, tout en faisant ces concessions de choses déjà passablement évidentes par elles-mêmes, nous n'en regrettons pas moins que des observations personnelles à l'auteur de la critique, désireux de connaître par lui-même, des observations patiemment et lentement recueillies au lit des parturientes, ne soient pas venues étayer son opposition. Nous regrettons qu'on n'ait pas jugé nécessaire de venir avec des faits de cette nature pour démontrer au monde médical tout ce que notre anesthésie, appliquée à des cas normaux d'accouchements simples, peut présenter de fautif, d'inutile, voire même de dangereux.

On ne peut vraiment pas considérer comme prouvant grand'chose contre la demi-anesthésie telle ou telle histoire plaisamment racontée. Jamais semblables récits, qui font sourire, pas plus que les épi-

thètes qu'on fait pleuvoir dru à l'endroit de telle innovation d'idée ou de telle invention de procédé qu'on veut perdre, ne remplaceront la sérieuse substantialité des faits. On dit qu'en France le ridicule peut tuer; jamais, dans tous les cas, une plaisanterie n'a valu, en aucun pays du monde, une bonne raison. Rien ne nous empêchera donc, quant à nous, d'essayer, dans notre sphère limitée, de prouver en quoi l'anesthésie appliquée aux accouchements naturels peut différer, diffère en effet, et doit différer de celle qu'on a exclusivement appliquée aux « opérations douloureuses » et aux « cas graves » de l'obstétrique. La prise en considération des avantages, des inconvénients et des dangers (s'il y en a) de cette anesthésie spéciale trouvera plus tard et naturellement sa place.

VIII

Le jour où il faudra choisir une nomenclature qui reflète mieux la progression, sinon mathématique (elle est trop sujette à variation pour mériter ce nom), du moins la plus ordinaire de ces phénomènes variables, on peut être assuré d'avance que les données scienti-

fiques ne manqueront pas à une telle entreprise. On en trouvera les éléments épars dans le vaste champ de recherches qui va depuis les faits d'anesthésie incomplète signalés dès les premiers temps à la Société de chirurgie — et étudiés déjà par Bouisson, Sédillot, Maurice Perrin et L. Lallemand, pour redevenir, tout récemment encore, le sujet de nouveaux débats devant la même Société, — jusqu'aux remarquables travaux de Claude Bernard sur l'anesthésie en général, de Guibert (de Saint-Brieuc) sur les particularités de l'*anesthésie mixte* appliquée aux accouchements, et enfin de MM. Budin et Coÿne sur certains phénomènes esthiométriques observés au cours des anesthésies chirurgicales. Il y a là une série abondante de faits détaillés et de termes nouveaux qui suffit à fixer toutes les nuances de telle ou telle nomenclature qu'on voudra adopter. Mais je pense qu'avant de nous quitter, ce mot de demi-anesthésie, qui a servi à baptiser la nouvelle méthode, nous servira encore parfois dans cette période de transition et de rénovation où nous nous trouvons relativement à l'évolution de l'anesthésie obstétricale. Il restera même peut-être, quand ce ne serait que pour désigner une pratique qui, bien que ne signalant pas au passage le détail scientifique de tous les effets obtenus, ne laisse pas d'indiquer clairement où elle va.

Je demande la permission de donner à ce sujet, et pour ce qui regarde l'annotation de mes observations

personnelles, quelques explications que le lecteur trouvera sans doute d'autant plus nécessaires qu'elles font défaut dans ma première esquisse sur l'anesthésie obstétricale, et où leur absence a pu être la cause regrettable de quelques malentendus.

Il est évident que pour indiquer qu'on n'allait pas, en anesthésie obstétricale, aussi loin qu'en chirurgie, on pouvait dire qu'on s'y contentait d'atteindre, pour l'atténuer ou l'abolir, la *sensibilité à la douleur*, en laissant au delà, et en y touchant le moins possible, cette *sensibilité tactile viscérale* qui se trouve à la limite de la vie organique et de la vie de relation. Ce tact intérieur — qui persiste et qui semble, dans sa manifestation plus obscure, retarder un peu sur le sens du *tact extérieur* ou *toucher*, lequel relève plus directement de la sensibilité générale, — permettait d'affirmer qu'on faisait déjà une *anesthésie incomplète* du moment qu'on ne visait ni la susdite sensibilité tactile d'abord, ni, *à fortiori*, l'abolition complète d'aucune forme de la motilité volontaire, réflexe ou automatique. A ne considérer que cette insensibilisation à la douleur *seule*, on pourrait encore se demander si, en ne recherchant que l'extinction de ce premier mode de la sensibilité, on n'obtenait pas, chemin faisant et graduellement, des fractions d'insensibilité à la douleur. Car, il ne faut pas l'oublier, dans la pratique, c'était bien plutôt à une modification de ce premier mode

de la sensibilité que nous devions tenir qu'à l'altération du second mode, celui de la *sensibilité au contact* ou *à la pression*, dont la conservation, je ne saurais trop le répéter, semble aux accoucheurs, pour des raisons bien connues d'eux, devoir s'imposer, puisqu'elle devient tout à fait indispensable à une parturition naturelle.

Mais alors, pourront objecter les physiologistes, que devient, pendant l'anesthésie de la douleur, cette deuxième forme de la sensibilité, le sens du tact ou de la *pression intérieure*, et comment le protége-t-on contre l'envahissement d'une narcose progressive? A cela l'accoucheur n'a que ceci à répondre : qu'il s'applique, au moyen de petites doses de l'agent anesthésique, à ne pas dépasser un certain degré d'analgésie. Il y sera aidé, d'abord, comme nous le croyions exclusivement jadis, par l'antagonisme excitant de l'éréthisme général créé par le travail lui-même, et ensuite, comme nous commençons à le croire aujourd'hui, par l'influence sans cesse désanesthésiante de l'*effort obstétrical*. L'observation prouve que du moment où, par une tactique convenable des inhalations, on sera arrivé à éteindre graduellement la quantité de douleur qui, pendant l'accouchement, est tout spécialement inhérente à cette forme de la sensibilité appelée *tact intérieur* ou *pression*, il ne restera que la sensation d'une *pression* pure et simple, sensation dont la femme peut même, quand son in-

telligence reste encore nette, avoir assez souvent une perception *consciente*, mais *indolore*. Ce sera cette *pression*, consciente ou inconsciente, et dont on aura (si je puis me permettre ce terme de chimie) *précipité*, au moyen de l'anesthésie, tout l'*élément douleur*, qui présidera au développement de l'*effort*, lequel, volontaire ou involontaire, utérin ou costo-abdominal et diaphragmatique, — n'ayant qu'une seule de ces origines ou les présentant toutes à l'état de combinaison synergique, — devient la condition essentielle de toute parturition normale. C'est à ce titre que la sensibilité au tact, une fois que la douleur propre en est écartée, doit être, autant que possible, tenue à l'abri de toute anesthésie uniformément progressive; c'est au maintien, soigneusement entretenu par nous, de cette influence à la fois effective et protectrice de l'effort, que, par un cercle heureux, l'effort lui-même vient contribuer, en segmentant périodiquement les effets anesthésiques qui pourraient entraver son jeu. On conçoit dès lors tout l'intérêt qu'il y a à ne pas dépasser, dans un accouchement simple, une anesthésie qui se borne à atténuer ou même à abolir le *seul* élément douleur, et aussi tous les inconvénients, pour ne pas dire plus, qui, pour le même accouchement naturel, peuvent résulter d'une anesthésie *pleine et entière*, laquelle, atteignant *toutes les formes de la sensibilité et de la motilité même inconsciente*, vient jeter le trouble,

le désarroi parmi toutes les puissances expulsives.

Ce n'est pas sans de sérieuses raisons, fondées sur des faits d'observation personnelle, que je me trouve autorisé aujourd'hui à signaler ces inconvénients des anesthésies portées *au delà de l'analgésie* dans le cours d'un accouchement naturel. Dans ma pratique il m'est arrivé, quoique rarement, de dépasser parfois cette limite, et il m'a semblé, je dois l'avouer, que quelques-unes de mes applications de forceps avaient été nécessitées peut-être par un état anesthésique en disproportion avec telle ou telle idiosyncrasie. Je tiens à signaler bien haut ce fait que ne devront jamais perdre de vue les jeunes accoucheurs appelés à anesthésier certaines femmes obèses, molles, à forces moyennes, ou certaines primipares chez qui les résistances dernières, dans les régions périnéale et vulvaire, sont si difficiles à prévoir, à calculer et à vaincre. Je signale ce vice par excès de l'anesthésie obstétricale, parce qu'il intéresse au plus haut degré l'accoucheur. Il peut le forcer à intervenir, à un moment où celui-ci pouvait le moins s'y attendre, pour obvier à une parésie utérine procurée par une anesthésie devenue ou trop profonde, ou trop prolongée. Il arrive ici, mais dans un sens inverse, ce qui peut se passer en chirurgie, où l'on voit parfois le défaut contraire, à savoir une anesthésie incomplète dérober à l'opérateur le but qu'il ambitionne pour la perfection de ses opérations. En un mot, trop anesthésier dans la fonction

de parturition nous semble le défaut corrélatif de trop peu anesthésier en chirurgie. Et ce n'est pas, constatons-le en passant, une des moindres différences qui distinguent les deux anesthésies.

Je ne sais si l'on peut expliquer par le fait seul de certaines idiosyncrasies l'arrêt du travail que je viens de signaler. En dehors de quelques conditions individuelles que j'ai notées, le fait est assez rare à la période de l'expulsion, période pendant laquelle l'effort abdominal devient prédominant. En d'autres termes, le ralentissement du travail est un phénomène ordinairement passager et qui se corrige de lui-même la plupart du temps. Mais à la première période, où l'utérus seul est en jeu, il se passe un fait d'ordre analogue, mais bien plus distinct, et qui est de nature à mettre sur la voie d'une action dont on a peu tenu compte jusqu'ici : je veux parler de l'*éloignement des contractions utérines* et leur *diminution en intensité* et en *durée*, et cela à une dose relativement modérée de chloroforme. Il m'a semblé tellement impossible d'expliquer la cause de ce ralentissement — en l'attribuant : soit aux premières doses de chloroforme qui n'agissent guère que sur l'intelligence et à un faible degré encore sur la sensibilité à la douleur ; soit à une narcose organique obtenue par les voies ordinaires cérébro-spinales et ganglionnaires — que je me suis demandé si ce degré d'anesthésie relativement légère n'exercerait pas une action bien

plus directe et toute locale sur l'utérus lui-même. J'ai exposé ailleurs les conditions physiques et les raisons qui permettent de croire à la réalisation de cette hypothèse, au moins pour la *première période* du travail. Il n'en devient que plus intéressant de savoir si le même phénomène peut exercer une influence sur la période de l'*expulsion*. L'observation nous éclairera sur ce point. L'essentiel aujourd'hui est de savoir qu'il n'est pas nécessaire d'aller, comme on l'a dit, jusqu'à une anesthésie de *degré ultime* pour agir sur la motricité utérine[1].

IX

Quant à la limite à établir dans le cours de l'anesthésie, entre les deux formes fondamentales de la sensibilité, — limite que nous avons essayé d'obtenir dans un grand nombre de faits observés par nous — c'est précisément en vue de caractériser ce fait capital d'un point d'arrêt nécessaire que nous

[1] *De la narcose utérine directe pendant l'anesthésie obstétricale*, par C. J. Campbell. In *Journal de thérapeutique*, n^os^ des 10 et 25 août 1877. — Tirage à part. Librairie G. Masson.

eussions volontiers adopté comme très-pratique et comme très-facile à comprendre par le lecteur cette expression de *demi-anesthésie*. Cette expression que nous trouvons comme pressentie déjà et inscrite d'ailleurs dans l'histoire scientifique de l'éthérisme, par Blandin[1], Bouisson[2], Laborie[3], pourrait signifier deux choses en apparence différentes, bien qu'au fond identiques, et cela à cause du vague même de l'expression et d'une certaine allure d'équivoque qu'on n'a pas été sans lui reprocher, mais dont un jour il sera fait bonne justice.

Le mot de *demi-anesthésie*, en effet, pouvait vouloir désigner : ou bien une anesthésie de la première moitié des deux formes fondamentales de la sensibilité (je néglige pour le moment le sens de température), à savoir, *la sensibilité à la douleur*, sensibilité qui se trouve, comme on le sait, la première sur la route de l'envahissement anesthésique ; ou bien, — en supposant qu'il puisse exister un moment qui précède la dissociation des deux principaux éléments de la sensibilité, dissociation généralement admise aujourd'hui, et qui se montre dès l'application de l'anesthésie, — ce mot pourrait signifier l'anesthésie d'une moitié seulement du faisceau entier de toutes

[1] Blandin. Cité par Bouisson in *Traité de la méthode anesthésique*, p. 365.

[2] Bouisson. Ouvrage cité p. 278.

[3] Laborie, Rapport à la Société de chirurgie sur le mémoire de M. Houzelot (1854).

les formes de la sensibilité réunies et *présumées non dissociées*. Or il faudrait, pour admettre cette dernière hypothèse, supposer gratuitement (ce que nous savons ne pas être) que le faisceau des sensibilités ne se trouvât pas désagrégé dès les premières approches chloroformiques. Mais il y a longtemps que Bouisson a signalé l'existence de ces phénomènes de dissociation pendant l'éthérisme[1], et plus récemment, M. Guibert (de Saint-Brieuc)[2], et MM. Budin et Coÿne[3], dans leurs intéressantes recherches, ont magistralement affirmé ces particularités pendant l'anesthésie chloroformique, soit simple, soit combinée avec le morphinisme.

J'avais d'abord essayé de prouver, au moyen d'un schéma géométrique, que détruire successivement chacune des deux moitiés du faisceau des sensibilités revenait en somme à détruire successivement deux moitiés de douleur, deux moitiés de tact, etc., et équivalait, en définitive, à l'effacement complet et successif de *toute la douleur*, puis du *tact tout entier*, etc., lesquels, par le fait même, deviennent dissociés. J'en ai trouvé une démonstration bien plus simple dans le schéma que m'a tracé ici même mon

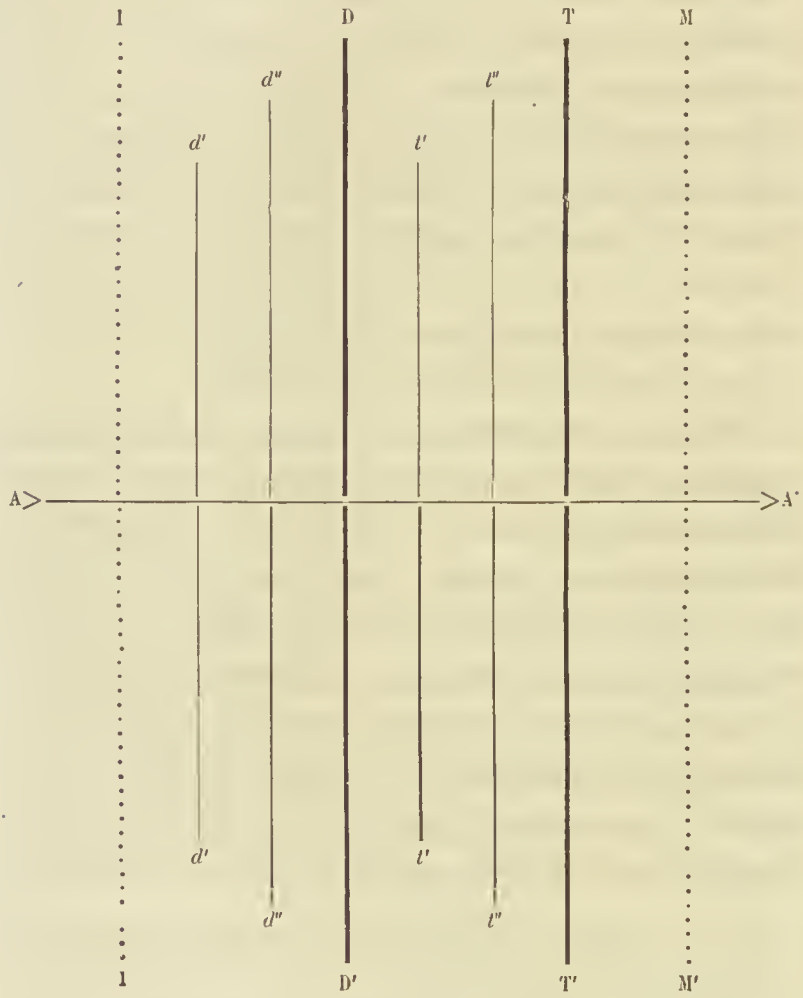
[1] Bouisson, *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique*, p. 217, 1850.

[2] Guibert (de Saint-Brieuc), *Académie des sciences*, mars 1872.

[3] Budin et Coÿne (*Archives de physiologie*, 1875), et P. Budin, in *Progrès médical*, 2 et 7 mai 1874; *De l'emploi des anesthésiques en obstétrique* (*Revue analytique*).

excellent et savant ami, le docteur Onimus, et qui est ainsi composé :

FIGURE SCHÉMATIQUE DE LA DEMI-ANESTHÉSIE



L'influence chloroformique est représentée par la flèche AA.

Une ligne ponctuée désigne les limites extrêmes, début et terminaison de toute anesthésie complète : I intelligence et M motilité. L'influence chloroformique ayant dépasssé la ligne I, en la modifiant d'une façon incomplète, se trouve en présence des deux formes fondamentales de la sensibilité D (douleur) et T (tact), qui se dissocient comme on a voulu l'indiquer par l'écartement des lignes verticales DD′ et TT′. Le chloroformisme progressant éteint d'abord en *d′d′* une certaine somme de douleur, celle à siége extra-utérin, par exemple. Ce sera, si l'on veut, le *soulagement général* du début de l'anesthésie; ensuite il atteint graduellement la ligne *d″ d″* qui représente pour nous *une certaine quantité* de la vraie douleur à siége central que nous désignerons sous le nom de *douleur utéro-vagino-vulvaire* (*analgésie incomplète*) ; puis il arrive, en se développant, à annihiler *toute* la douleur de la parturition en DD′. C'est là notre point d'arrêt, et la figure fera comprendre en outre comment il se fera que, l'anesthésie continuant, le *tact* sera affecté de la même façon, puis un peu plus tard en MM′ la *motilité* de nature complexe que doit comprendre l'anesthésie, plus qu'entière, de la chirurgie.

Lorsque après avoir modifié à sa façon et aussi d'après les susceptibilités individuelles l'intelligence, qu'elle envahit d'abord, l'influence anesthésique se trouve en présence du faisceau sensitif complexe, que va-t-il se passer en ce point? Il s'y produira une *dis-*

sociation des éléments de la sensibilité. C'est un phénomène capital et constant, mais qui sera plus ou moins remarqué par l'anesthésiste, selon le but qu'il voudra obtenir : chirurgien, s'il vise à l'anesthésie qui comprend, outre l'effacement de toutes les sensibilités, l'abolition des mouvements volontaires et inconscients; accoucheur, s'il désire simplement l'atténuation, l'extinction de celui des modes de la sensibilité qu'il lui importe le plus d'effacer au cours d'une fonction douloureuse comme la parturition, à savoir, l'élément *douleur*. Dans les deux cas, le phénomène dont nous voulons parler, à savoir, la *dissociation de la sensibilité*, n'en aura donc pas moins lieu, mais d'une façon différemment aperçue et appréciée, selon l'indication qu'on veut obtenir, ou à laquelle on juge à propos de s'arrêter.

Est-ce à dire que ce soit sa seule volonté à lui, anesthésiste, qui produira cet isolement, cette extraction, d'un seul élément de la combinaison binaire ou ternaire des sensibilités? Logiquement, l'opérateur et l'accoucheur savent ce qu'ils veulent obtenir, et ils y coopéreront sans doute chacun à sa façon, soit au moyen des doses pleines et continues de la chirurgie, soit au moyen des doses petites et interrompues de l'obstétrique, par une tactique particulière à chacun, et ce fait entendu, qu'en obstétrique, les effets anesthésiques paraissent singulièrement modifiés, — et

modifiés indépendamment toujours de la volonté de l'accoucheur, — par un agent spécial et très-actif de la parturition, l'effort. Mais tout cela étant, il existe encore, au-dessus de la volonté du chirurgien et de l'accoucheur anesthésiste, un fait qui les mène, un fait qui existe par la nature même de l'*anesthésie chloroformique* au moins : c'est, nous le répétons, la *dissociation* plus ou moins rapidement obtenue de deux au moins des éléments fondamentaux de la sensibilité : la *douleur* et le *tact*.

Les chirurgiens qui, au cours de leur anesthésie rapide et profonde, volent d'un trait vers le but, lequel, une fois atteint, leur permet toute leur entreprise exacte et précisée d'avance, ont bien, si l'on veut, constaté ce fait comme un incident de la route, mais très-rarement quelques-uns d'entre eux (Forget, Hervez de Chégoin, Blandin) ont-ils consenti à s'y arrêter pour exécuter quelques opérations d'importance secondaire. La majorité des opérateurs dédaignent ce point d'arrêt comme étant un éthérisme de degré inférieur, incomplet, insuffisant, non satisfaisant, voire même dangereux (Perrin, etc., etc.). Aussi le dépassent-ils pour arriver droit à leur but final et complet, comme un train rapide dépasse une station intermédiaire. L'accoucheur, au contraire, vise une station secondaire où s'arrêter. Indépendamment de sa volonté qui l'y engage, il s'y trouve invité par la nature même du chloroformisme interrompu qui, du

moment qu'il n'avance pas, ne reste pas acquis et stationnaire, mais offre constamment des retours et des déperditions d'effet. D'ailleurs il y est un peu obligé, nous le croyons du moins, par le cachet particulier de cette fonction rhythmique caractérisée par une série de congestions et de décongestions alternant entre les centres nerveux et le muscle utérin.

Voilà justement comment il est advenu que le terme demi-anesthésie s'est trouvé assez exactement désigner cet arrêt à mi-chemin de l'anesthésie à grande vitesse.

Mais, avant d'aller plus loin, je veux insister, en le constatant, sur ce point très-difficile de l'appréciation réelle de ce qui a été enlevé et de ce qui reste de douleur dans un travail à une période qui précède l'analgésie.

A qui reviendra, en effet, le rôle de pouvoir établir, avec quelque exactitude, la mesure de cette demi-insensibilité? Est-ce la parturiente, avec un intellect déjà plus ou moins troublé, mais qui perçoit peut-être encore mieux qu'il ne raisonne; est-ce la parturiente, apte à présenter, dès les premières atteintes de l'éthérisme, toutes ces bizarreries intellectuelles, toutes ces perversions conceptives qui sont le propre des moindres degrés de l'anesthésie, qui sera capable de donner cette mesure avec une précision quelconque? D'un autre côté, est-ce le médecin qui

sera juge, lui qui ne peut être guidé que par l'expression parlée ou criée, mais souvent trompeuse, de la douleur perçue par la femme? Dans ces conditions, qui sont en train de devenir *l'analgésie* complète, mais qui n'ont pas encore réussi à la constituer, il y a une grande difficulté d'analyse exacte et de description complète. Pour moi, j'accepte volontiers le témoignage de la parturiente, témoignage que j'essaye de contrôler par l'observation de la marche du travail et des phénomènes de *sensibilité périphérique;* j'entends par cette dernière expression non-seulement les sensations spéciales dévolues à la surface cutanée, mais aussi celles qui sont dans le voisinage de l'utérus considéré comme organe central de la parturition. Ces dernières sensations peuvent être considérées comme des dépendances anatomico-physiologiques ou purement métastatiques du siége exclusif des douleurs vraies (l'utérus), comme des retentissements sympathiques vers les organes sensitifs plus ou moins éloignés (plexus ovariques, lombaires, cœliaques, etc.) des irradiations vers les membres inférieurs, etc. Elles m'ont semblé disparaître tout d'abord pour laisser, entre le *soulagement général et initial* (qui est le propre des premières atteintes de l'éthérisme) et *l'analgésie* qui est le but à obtenir dans notre narcose, une période de transition qu'il fallait caractériser. Les assertions de la parturiente subissant la contre-épreuve des observations de l'ac-

coucheur, qui peuvent être confirmées ou contredites par l'attitude physique et morale de la femme en travail, n'aboutissent souvent qu'à ceci : *qu'elle souffre moins.* — Voulant marquer que l'anesthésie avait déjà obtenu cet *amoindrissement* de la douleur, j'ai cru devoir, dans mes notes, donner à ce fait intermédiaire le nom de *demi-insensibilité à la douleur*, que je mesurais jadis par diverses fractions d'insensibilité, et que je proposerais volontiers d'appeler une *analgésie incomplète*, parce que c'est un état réel dont parfois la patiente et l'accoucheur se voient obligés, par une circonstance quelconque, de se contenter.

Tous les anesthésistes ont pu être les témoins de ce fait dans presque tous les accouchements naturels, et s'en être trouvés plus ou moins embarrassés. Le seul moyen d'en sortir c'est de passer outre avec le chloroforme et de le pousser vers notre vrai desideratum : *l'analgésie complète.* C'est à la *douleur* seule qu'il faut viser, car, pour la parturiente qui dit déjà qu'elle *souffre moins*, il ne peut s'agir que de l'élément *douleur;* elle n'en est pas à apprécier un demi-tact ni une diminution de moitié dans la perception de la température; c'est donc, en somme, la *douleur* qui demande un soulagement. Nous devions soigneusement noter, en passant, cette *analgésie incomplète*, qui a bien aussi sa valeur relative, puisqu'elle constitue parfois tout ce que nous pouvons, pour une

raison ou pour une autre, procurer à la femme en travail, bien que nous ne perdions jamais de vue que c'est à une véritable *analgésie* que doivent tendre tous nos soins. Celle-ci obtenue, le tact son voisin restera ce qu'il doit être, isolé comme tact, c'est-à-dire indolore, entier même et non atteint. Et c'est en réalité ce qui a lieu, parce que nous savons que le tact, dégagé et privé de toute douleur, peut devenir, à l'état de *pression*, extrêmement énergique et être néanmoins très-facilement supporté. Parfois même, cette *pression intérieure*, devenue *indolore*, loin d'être redoutée, sera même désirée par tout individu lorsque, constituant chez lui *l'envie de pousser*, elle viendra solliciter des efforts effectifs pour toute évacuation, quelle qu'elle soit : exonération alvine, émission d'urine et de gaz excrémentitiels, tout comme pour l'expulsion du produit de la conception.

Ces incidents variables qui caractérisent notre route anesthésique et qui, comme disent les philosophes à propos des mots d'une langue en état de transformation, sont dans un « perpétuel devenir », ne l'empêchent pas d'aboutir à ce point où la *douleur* n'est plus. Elle s'est trouvée, en effet, comme physiologiquement séparée du *tact* qui, lui, persiste soit à l'état tout à fait indépendant, c'est-à-dire *indolore*, soit en ne conservant qu'un faible soupçon, une sorte d'arrière-goût de son union première. Pour nous, le tact persiste sous la forme de *pression obstétricale*.

Telle est la vraie mesure physiologique de notre anesthésie d'accoucheur; et c'est comme en étant l'expression la plus vraie qu'on a dû considérer le mot DEMI-ANESTHÉSIE. Que dans la pratique nous n'obtenions pas toujours la *chose* aussi nettement que le ferait présumer la formule théorique ou le *mot*, cela est possible et cela est vrai ; toutefois ce fait même, et nous l'avons constaté, ne laisse pas d'avoir de précieux avantages sous le nom d'*analgésie incomplète*. Mais nous devons affirmer ici que l'idéal à poursuivre s'obtient chez quelques patientes avec une facilité qui n'est pas sans un certain rapport avec la considération des races, des nationalités même, des habitudes sociales et des idiosyncrasies physiques et morales. Cette facilité, nous devons le dire, dépendra aussi d'une certaine éducation, de la part de l'accoucheur, pour ce qui regarde la tactique de la méthode et le but à atteindre qui est non-seulement l'*atténuation*, mais l'*abolition* de l'*unique élément douleur*. C'est là le vrai desideratum de la demi-anesthésie ou de ce qu'on peut, de ce qu'on doit appeler l'*anesthésie obstétricale*.

X

Si, restant toujours dans la partie théorique de l'anesthésie, nous laissons de côté notre figure schématique, pour formuler une discussion physiologique sur la même question, nous dirons que, omettant, au point de vue de l'anesthésie obstétricale, sa portée dernière, poussée à l'extrême comme pour la chirurgie, et ne l'envisageant qu'eu égard à son effet sur le faisceau des éléments de la sensibilité, elle s'adresse aux trois modes de sentir qui sont développés par une excitation et qui s'expriment par les termes *douleur*, *tact* et *température*.

Maintenant, qu'un courant sanguin chargé de l'agent anesthésique administré par inhalation, après avoir accompli en quelques secondes son circuit complet, vienne baigner les centres nerveux cérébro-spinaux et ganglionnaires, l'éthérisme les affectera par son influence spécifique qui est, pour l'éther et le chloroforme (sans parler encore de son effet intime par semi-coagulation de la cellule nerveuse (Cl. Bernard), d'y troubler d'abord, puis d'y détruire la sensibilité.

Nous aurons à voir, plus tard, si la composition tout exceptionnelle des réseaux nerveux intra-musculaires de l'utérus, caractérisée par l'absence de ganglions, — lesquels sont extrêmement multipliés, au contraire, dans les muscles à fibres lisses d'autres organes de la vie végétative (vessie, estomac et tube intestinal[1]), — ne porte pas une influence différentielle quelconque sur l'anesthésie de cet organe. Au même titre et par une raison connexe à la précédente, il sera important de savoir aussi jusqu'à quel point la constitution circulatoire spéciale des parois de la matrice, pendant l'état de gestation, ne donne pas un cachet particulier à une influence narcosique envahissant l'organe par une autre voie qui serait toute différente de celle qu'on admet généralement.

On peut se demander si tous les éléments dont nous savons que se compose la sensibilité seront, pour leur destruction, influencés soudainement et d'un seul et même coup. La douleur, le tact et le sens de température s'évanouiront-ils instantanément et simultanément? L'expérience répond que non; l'expérience prouve que le faisceau où ces trois modes de sentir paraissent réunis pour le fonctionnement pratique de la vie se désagrége au contact de l'anesthésie, qui le dissèque, l'analyse et y fait élection de l'élément

[1] Sappey, *Traité d'anatomie*, t. III; *Névrologie*, p. 512, 1872, où se trouve citée la monographie de Frankenhauser, 1867.

douleur qu'elle dégage de toutes ses combinaisons intimes avec les éléments voisins et congénères. Ainsi le tact devient non *douloureux;* mais il reste tact pur et simple.

Telle est la véritable *analgésie*. Pour nous, dépasser en anesthésie obstétricale ce point d'où, après avoir vu s'évanouir la *douleur*, il nous serait encore demandé d'abolir tout le *tact* et son congénère le sens de *température*, nous croyons que ce serait vouloir nous faire empiéter sur le domaine chirurgical que, dès le début de cet exposé physiologique, nous avons déclaré ne pas vouloir aborder.

Tel nous paraît devoir être aussi le *modus agendi* de l'anesthésie obstétricale effectuée par les inhalations chloroformiques. Les faits ne manqueront pas pour nous servir de transition entre les considérations ou théoriques ou physiologiques auxquelles nous avons dû nécessairement nous livrer, et l'exposé pratique des limites spéciales de notre anesthésie dans les accouchements simples. Je les emprunterai de préférence, en les y cherchant même, à l'observation journalière de faits familiers. Ils n'en serviront que mieux à faire subir la contre-épreuve, s'il en était besoin, aux assertions de nos devanciers relativement soit à la dissociation des éléments de la sensibilité, soit à leur réintégration après leur séparation momentanée, la constatation de ces deux modes inverses étant également instructive. Ces observations, ces expériences

familières seront détaillées plus loin, en leur lieu et place. (*Collection d'observations*, dans la *Deuxième partie* de ce Mémoire.) Qu'il me suffise de dire aujourd'hui qu'elles ont trait : 1° au *fait de la reconstitution* très-rapidement possible et très-rapidement effectuée des trois modes de la sensibilité préalablement séparés par l'anesthésie, fait observé au cours d'accidents chloroformiques propres à la chirurgie, et auquel on pourrait donner le nom de *méthode du rappel de la sensibilité par la flagellation à températures extrêmes;* 2° à l'observation d'un fait emprunté à la pathologie de tous les jours, à savoir le *pincement comparatif* de la peau du côté affecté et du côté non malade chez un individu atteint de sciatique simple unilatérale; et 3° à l'observation d'un fait physiologique confinant à un état maladif et dont les conditions sont très-analogues à celles de la parturition elle-même : je fais allusion à un fait de très-pénible exonération du rectum dans le cours d'une constipation des plus opiniâtres[1].

1. Le premier fait consiste dans une pratique que j'ai vue admirablement réussir entre les mains de mon excellent ami le chirurgien Léon Labbé, qui fit revenir à elles deux opérées chez lesquelles s'étaient manifestées des menaces d'accidents graves à la suite d'une anesthésie profonde. Elle consiste en une flagellation vigoureuse de la figure, du cou et de la poitrine du sujet anesthésié, au moyen d'une serviette trempée dans de l'eau très-chaude ou très-froide. J'ai vu, sous cette influence, la sensibilité se rétablir dans l'ordre suivant : la peau se congestionne en rouge, se *réchauffe*, puis devient enfin, sous ce *contact* violent et répété, *sensible à la douleur*, au point de faire *crier*

Ce que nous venons de dire au sujet de ces effets de l'anesthésie sur la sensibilité nous permettra, du moment qu'on y trouvera notre profession de foi sur la *chose*, de ne plus nous appesantir désormais sur le *mot* de *demi-anesthésie*, qui a servi à désigner la part congrue que nous empruntons à l'anesthésie pour l'appliquer à nos indications obstétricales.

Avant de clore cette fastidieuse discussion de la nomenclature, qui n'a été rendue nécessaire que par le discrédit où ses détracteurs s'évertuent à précipiter

le patient, qui dès lors peut être considéré comme hors de danger. — Le second fait consiste dans le *pincement* comparatif d'une jambe anesthésiée par suite d'une sciatique ancienne, et de la jambe saine. Du côté affecté le pincement ne donne que la sensation indolore d'une *pression* plus ou moins forte ; de l'autre, un pincement d'égale intensité est *très-douloureusement* perçu. — Le troisième fait a trait à l'histoire d'un patient hémorrhoïdaire et opiniâtrément constipé, qui parfois ne parvenait à obtenir une évacuation de véritables scybales qu'à l'aide de quelques inhalations de chloroforme, lesquelles avaient pour résultat immédiat d'enlever les *douleurs* intolérables de la distension anopérinéale et du spasme des sphincters, pour ne laisser que la sensation d'une forte *pression* qui permettait dès lors et favorisait même, aidée par quelques efforts volontaires, une expulsion tout à fait indolore des concrétions fécales.

On peut rapprocher de ce dernier fait d'*anesthésie viscérale*, à petites doses de chloroforme, les faits similaires que vient de signaler mon ami Tarnier dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (numéro d'août 1877). — Je connais aussi un fait de coliques hépatiques de très-longue durée, où l'existence n'a été rendue supportable que grâce à de très-petites inhalations chloroformiques intermittentes et longuement continuées.

Le phénomène très-probable de la *narcose utérine directe*, quoique plus *spécial* peut-être dans sa nature intime, ne laisse pas d'offrir une grande analogie avec les faits précédents d'anesthésie viscérale.

la méthode, nous ferons remarquer que nous avons cru devoir donner à ce terme, qui s'y prêtait par son élasticité même, une extension et une importance plus grandes que ne le faisait Laborie. Nous y ramenons, en effet, et nous y faisons rentrer, comme dans un cadre unique, non-seulement toutes les variétés des degrés anesthésiques fractionnés, au-dessous de l'*insensibilité complète de la douleur*, plus proprement appelée *analgésie*, mais l'ensemble des états désignés partout sous les noms d'*atténuation*, de *soulagement*, de *demi-insensibilité*, et jusqu'à l'*insensibilité complète à la douleur elle-même*, — car ce dernier état (sous le nom plus précis d'*analgésie*) une fois obtenu n'implique l'abolition ni du tact, ni du sens de température, ni de la conscience entière, ni de la motilité volontaire ou réflexe.

L'analgésie n'est donc pas à elle seule la complète et absolue anesthésie. Elle n'en serait, au figuré et approximativement, que la moitié. Telle quantité d'éthérisme qui ne vise à la dépasser que peu ou point et le moins possible, et celle, *à fortiori*, qui n'atteint pas jusqu'à l'analgésie bien déterminée, peuvent être considérées encore comme une dépendance de la simple anesthésie en général, ou comme une portion encore restreinte de la demi-anesthésie que nous visons. A ce même terme viennent donc se rattacher aussi, comme nous venons de le faire entendre, tous ces degrés inférieurs d'éthérisme que, pour la

rapidité de l'annotation au lit des patientes, nous désignions sommairement par des formules numériques fractionnaires, plus commodes peut-être qu'absolument exactes, mais qui n'en servaient pas moins à présenter synoptiquement à l'esprit le tableau de toutes les variations, du minimum au maximum, de l'*insensibilité* à la *douleur*. Ces variations successives, tantôt progressives ou tantôt rétrogrades, allaient depuis le simple soulagement initial jusqu'à l'insensibilité *presque* complète au pincement de la peau, insensibilité qui a été jusqu'ici notre *criterium* pour le point d'arrêt. Je fais cette réserve pour le pincement, parce que je trouve qu'il vaut mieux, pratiquement parlant, rester en deçà du *pincement complétement indolore* que de l'obtenir et de viser à y rester en s'avançant vers le degré chirurgical. Il faut savoir, d'ailleurs, que le criterium en question, étant une dépendance de la sensibilité générale, offre une grande variabilité en ce qui regarde le moment où il se produit, et bien des différences sous le rapport de la région où on le cherche. Je me contente, le plus souvent, d'une compression d'un très-mince pli de la peau au poignet, compression perçue *très-lentement* par la parturiente quand elle est au degré de l'analgésie et plutôt comme *pression* que comme *douleur*.

Le *pincement cutané* désignera donc pour notre anesthésie spéciale un point d'arrêt qui n'aura rien de bien précis ni de fixe; ce sera un point fluctuant

et mobile, comme une bouée à longue attache, mais autour duquel, par la répétition prudente des petites doses, il sera facile de se maintenir dans un *à peu près* suffisant, au milieu de ces phénomènes d'éthérisme que vient sans cesse modifier l'influence désanesthésiante de l'effort.

L'esthiométrie iridienne, si méthodiquement étudiée par MM. Budin et Coÿne [1] quand il s'agit d'anesthésie chirurgicale profonde, pour les quelques fois que j'ai voulu l'observer dans ces derniers temps, n'a pas semblé devoir nous servir plus que l'inspection de la pupille faite au cours de presque toutes mes anesthésies [2]. Cela tient au peu de profondeur de notre anesthésie obstétricale et à son inconstance de degré.

XI

Mais à quoi bon essayer de justifier par tant de raisons l'adoption que nous avons cru bon de faire de termes moyens pour servir à désigner une anesthésie moyenne, sujette à tant de mutations, et qui

[1] Budin et Coÿne, *Archives de physiologie*, 1875, p. 61.

[2] *Mémoire sur l'anesthésie obstétricale*, p. 16.

nous a semblé devoir être, par cela même, tout spécialement affectée aux accouchements simples? A quoi bon tant de fois motiver notre conduite en cela, quand c'est le principe lui-même qu'on attaque aujourd'hui? A quoi sert de défendre la méthode vis-à-vis de ceux qui discréditent l'usage et la généralisation du chloroforme dans les accouchements naturels, comme étant *en dehors de la nécessité et de la science?*

D'abord, quant à la question de nécessité, nous déclarons que, pour nous, même dans les accouchements « qui se font seuls », mais qui se font, comme presque toujours, *douloureusement*, il y aura une indication non nécessaire peut-être, mais suffisante toujours (toutes précautions prises bien entendu), pour soulager la souffrance chez une femme qui, à tort ou à raison, ne peut pas, ne sait pas ou ne veut pas la supporter.

A plus forte raison chloroformerai-je une parturiente chez qui la *douleur* peut constituer, au point de vue des suites, une aggravation d'état par l'épuisement des forces physiques et morales. Aux doses où nous donnons le chloroforme, aux conditions dont nous reconnaissons l'importance et aux restrictions que (en cas de contre-indication) nous savons mettre à son emploi, nous estimons que le *primò non nocere* est sauvegardé. Les statistiques du monde entier qui, depuis trente ans, ont prouvé l'innocuité de

l'éthérisme obstétrical, sont en notre faveur. Cela posé, nous ne comprenons pas pourquoi nous attendrions une *nécessité* autre pour accorder le soulagement qui nous est demandé. Tous les accouchements simples ne peuvent pas, Dieu merci, pour être jugés dignes d'anesthésie, — et encore de la seule anesthésie qu'admettent nos adversaires, — devenir des cas *pathologiques*, des cas *rares*, à douleurs *déviées*, que sais-je? Or, qui nous prouvera que les accoucheurs de tous les pays, en anesthésiant tout simplement au cours d'accouchements naturels qui s'y prêtaient, n'ont pas su précisément éviter, et dès avant le temps présumé de leur apparition, tous ces symptômes pathologiques dont, à Paris, vous semblez vraiment attendre avec indifférence l'évolution graduelle et l'invasion scientifiquement prévue, avant de consentir à les combattre? Et c'est alors, enfin, que, pour des états douloureux que vous pouviez atténuer et peut-être éviter dès le principe, on vous voit déployer tout à coup, à la tête d'un bataillon d'aides, le formidable foudroiement de la seule anesthésie que vous consentiez à manier. N'est-ce pas prendre une mitrailleuse pour tuer une mouche, qu'à l'état de larve vous pouviez chasser d'une chiquenaude?

Certes, je ne vais pas jusqu'à demander, avec Simpson, si, en présence des merveilles de l'anesthésie appliquée aux accouchements simples, le soulagement de toute parturiente n'est pas un devoir, et si le refus

d'en conférer le bienfait en pareil cas serait moralement justifiable; mais ce que je maintiens, c'est que l'atténuation de la douleur obstétricale, à quelque degré que ce puisse être, et peu importe le nom qu'on lui donne, est un droit que peut exercer tout médecin prudent et bien familiarisé d'ailleurs avec toutes les particularités de cette pratique. Ce droit, il peut l'exercer à tout moment qu'il jugera opportun dans le cours du travail, toutes les contre-indications cessantes ou réservées, et sous sa propre responsabilité professionnelle, lorsqu'il aura obtenu les consentements désirables. Ce faisant, il agira au point de vue purement humain, avec une *nécessité* plus que suffisante, et sans qu'on puisse venir le déclarer, pour cela seul, hors d'état de grâce *scientifique*.

Je veux croire que les hommes qui sont arrivés à une position scientifique péniblement acquise et hautement méritée sauront mieux que personne expliquer à une parturiente pourquoi elle souffre, lui apprendre à distinguer où finit la douleur physiologique et où la souffrance pathologique commence. Mais, au plus beau point de ses arguments antianesthésiques, l'accoucheur finira par comprendre aussi qu'il a affaire à plus savante que lui quand, à toutes ses observations et à toutes ses consolations banales, la femme, arrivée au *summum* de cette agonie du travail, répondra : « Mais je souffre; —soulagez-moi donc! »

Et cet appel au secours, elle le redira cent fois avec toute l'énergie de ses entrailles qui se déchirent. A cette femme qui est de son temps, de ce temps qui a vu naître l'anesthésie chloroformique, dont, à coup sûr, elle a entendu vanter les bienfaits, irez-vous répondre qu'elle n'a pas le sens commun, qu'elle ne sait pas souffrir? Essayerez-vous de lui prouver qu'elle n'entend rien aux choses de la médecine, et que le soulagement qu'elle implore, il n'y a que les « inintelligentes » de son sexe qui y croient?

Sérieusement, peut-on admettre qu'avec toute la science qu'on voudra supposer à un homme il puisse s'ériger en juge aussi infaillible de la quantité de douleur que supportera telle ou telle nature de femme? Je n'ai rien à dire de celles qui refusent toute anesthésie; mais je plains celles qui, voulant être soulagées par la chloroformisation, ne trouvent dans leur accoucheur qu'un homme du monde qui cherchera à les distraire par des récits plus ou moins aptes à captiver leur intérêt.

Si des concours brillamment soutenus, des leçons éloquemment faites, si des livres clairement écrits confèrent une réputation scientifique méritée et font des professeurs autorisés, il ne s'ensuit pas qu'à certains points de vue, celui de l'anesthésie obstétricale par exemple, l'éducation pratique doive être comptée pour rien. Si maître illustre qu'on soit, on ne déroge pas à savoir accepter, à l'occasion, l'expérience des autres.

La pratique du monde entier en narcose obstétricale venant proclamer son innocuité constante, l'adhésion, de jour en jour plus éclatante, de la majorité des accoucheurs, la satisfaction et la reconnaissance, quoi qu'on en dise, des parturientes raisonnables, toutes ces conditions du passé et de l'avenir doivent rassurer le monde médical au point de vue de la sécurité et de l'utilité de la méthode. L'expérience apprendra bientôt à en diminuer les très-légers inconvénients, s'il s'en trouve toutefois. Nous savons bien que faisant cela nous n'en passerons pas moins à certains yeux pour des naïfs voués à la propagation de pratiques banales. Ne nous en défendons point, et contentons-nous de rappeler aux esprits chagrins qu'il est peu de choses soi-disant banales qu'on n'ait eu moins de peine peut-être à introduire dans l'usage journalier de la vie qu'on n'en aurait à vouloir les en extirper aujourd'hui.

Nous avons assez fait comprendre, sans avoir à y insister davantage, croyons-nous, ce qu'il y a d'inhumain à ne pas vouloir faire partager aux femmes parturientes, en général, les bienfaits d'une anesthésie restreinte, mesurée selon leurs besoins. Nous ne voulons pas plus encourir le reproche d'une exagération systématique que celui d'une sentimentalité déplacée. Les raisons déjà données en faveur de l'adoption de l'anesthésie obstétricale, telle que nous l'avons formulée, sont assez importantes, assez valables, pour

que le premier reproche d'une trop grande partialité ne nous touche point. Quant au second, ce n'est pas dans un pays où l'on a tant à cœur le respect et le bien-être de la femme qu'il saurait se produire sérieusement. J'aimerais encore mieux l'encourir toutefois que d'avoir à céder à des objections tirées de l'imprudence ou de la banalité de la pratique.

D'autres objections faites aux premiers jours de la chloroformisation se sont déjà et depuis longtemps évanouies. N'en déplaise aux derniers adversaires de l'anesthésie obstétricale, leurs rangs se sont singulièrement éclaircis. Ils savent qu'ils ne peuvent plus compter parmi eux Gream, qui, au nom de scrupules religieux, s'opposait à l'anesthésie obstétricale, et qui aujourd'hui, depuis la réfutation que lui opposa Protheroe Smith, est devenu un des plus ardents adeptes de cette pratique. M. le docteur Atthill, sur les publications duquel on s'appuyait, il y a quelques années, pour constater que l'Irlande était opposante, m'écrivait, il n'y a pas deux mois, qu'il donnait lui-même le chloroforme dans l'accouchement naturel, mais pas jusqu'à l'anesthésie complète, dans la crainte d'hémorrhagies post-puerpérales dont la fréquence lui avait paru alors plus grande. J'ignore si d'autres opposants, en d'autres pays, ne sont pas revenus également à résipiscence. Toujours est-il que Paris reste le dernier rempart des antianesthésistes dans l'accouchement normal. Mais c'est aussi à Paris même,

au milieu de la place ennemie, que s'élèvent déjà des voix jeunes et intelligentes qui s'étonnent qu'on n'anesthésie pas en obstétrique plus qu'on ne le fait. Attendons, écoutons; il en viendra d'autres qui se feront entendre.

Quant aux aménités de langage, scolaire ou académique, dont on s'est servi pour envelopper de ridicule l'anesthésie obstétricale et pour jeter quelque discrédit sur ceux qui la préconisent; quant aux piquantes allusions qui percent le velours des phrases; quant à tout ce qui sent ce que les Anglais appellent *invidiousness*, maintenant que la question de l'anesthésie obstétricale est venue au monde, je ne veux en avoir cure, et je laisse aller aux oubliettes, où tombent les débris des œufs éclos, ces *impedimenta* dont on a voulu envelopper, obscurcir ou étouffer la question.

Donc, pour nous résumer, nous dirons que nous ne pensons pas avoir fait une anesthésie *en dehors de la science* parce que, dans les accouchements simples, nous avons franchement restreint notre degré de narcotisme. Après avoir donné toutes les raisons qui nous déterminent à nous arrêter à la *demi-anesthésie* des accouchements naturels, faisons-nous en cela un acte plus extra-scientifique que celui qui consiste à préférer à l'ancienne et dangereuse méthode des céphalotripsies d'emblée les principes mieux motivés des *céphalotripsies répétées?*

Évidemment la méthode qui consiste à faire une

anesthésie incomplète a dû paraître d'une haute inconvenance scientifique aux esprits entiers qui n'admettent que l'anesthésie de nécessité, n'y veulent reconnaître, même alors et pour rester dans la science, aucun degré inférieur à l'anesthésie entière, vraie, profonde des chirurgiens, et qui, au lieu d'admettre l'anomalie de notre narcose comparée à celle des opérateurs et d'en étudier les détails, aiment mieux tenter de l'entraîner dans un déluge de qualifications qui relèvent plus de Rabelais que de Pascal, et qui se résument en ceci que notre anesthésie est pour le médecin une illusion plus ou moins honnête et, pour la clientèle, un moyen purement dilatoire, bon tout au plus à leurrer des femmes inintelligentes.

C'est à se demander vraiment comment ceux dont la devise absolue en ce point de thérapeutique paraît être *tout ou rien* se comportent en présence des vieilles pratiques de notre art, la saignée, l'usage de l'opium, du tartre stibié, par exemple. Toute saignée, pour eux, devra-t-elle donc être fatalement poussée jusqu'à la syncope? Le narcotisme opiacé devrait-il, pour valoir quelque chose, être porté jusqu'à l'intoxication réelle, et ne reconnaissent-ils aucune valeur à la tactique si variée qui caractérise l'administration des doses du sel antimonial, selon le résultat que l'on en veut obtenir? Prétendre que nous nous illusionnons en disant qu'on peut et qu'on doit, pour obéir aux besoins restreints de l'indication obstétri-

cale, s'arrêter au beau milieu d'une anesthésie commencée, c'est montrer un aveuglement tout aussi étrange que celui qu'on nous suppose, c'est montrer qu'on ne peut pas, qu'on ne sait pas désapprendre les errements des premiers jours. C'est cette anesthésie absolue qu'ils affectent, — alors peut-être avec opportunité, — aux besoins de l'obstétrique *opératoire* dont ils se sont presque exclusivement préoccupés, c'est cette anesthésie qui a servi à nos contradicteurs, comme unité de mesure, pour nous juger et conclure contre nous par un ordre de faits tout différent.

Ce ne serait encore là qu'un tort relatif, dont je laisserais volontiers aux adversaires de la méthode toute la responsabilité, si, partant de ces prémisses exclusives, non-seulement ils ne mettaient en doute, en posant leurs conclusions, l'efficacité réelle des résultats ainsi obtenus à tel ou tel point du travail, mais ne semblaient, pour quelques-uns d'entre eux, contester aussi jusqu'à la réalité d'un soulagement quelconque, en qualité ou en quantité, soulagement que nous soutenons avoir pu procurer à nos patientes. Il semble, pourtant, que pour ramener nos opposants à une plus saine appréciation des faits, il n'y avait qu'à leur rappeler, d'un côté, la série des phénomènes secondaires d'anesthésie par où passe, en la dédaignant presque toujours, le chirurgien qui vise, lui, (et cela se conçoit), au prototype d'une anesthésie pleine et entière, et à leur faire remarquer, de l'au-

tre, que cette anesthésie incomplète a bien paru suffisante aux yeux de quelques praticiens, pour certaines indications chirurgicales d'une importance moindre quant à l'intensité et à la durée de la douleur ressentie.

XII

J'ai déjà dit qu'on pourrait aviser cependant à chercher s'il n'y a pas lieu, quant au terme *demi-anesthésie*, de satisfaire jusqu'à un certain point la critique systématique, en marquant, par une nomenclature plus scientifiquement détaillée, non-seulement le résultat final obtenu, mais aussi les degrés par où l'on passe pour arriver au but. Cette nomenclature comprendrait les états divers qui jalonnent la route toujours fort accidentée de l'anesthésie obstétricale, les stations par où elle passe et tend sans cesse à repasser, la série, en un mot, des avances, des haltes et des retours que nous impose le moteur spécial qui mène le travail même de la parturition.

Soit; et qu'à cela ne tienne. Nous admettons volontiers que le terme *demi-anesthésie* ne pouvait con-

centrer en lui toutes ces nuances. Mais il y a loin de là à prétendre que, si le mot est incomplet et insuffisant, la pratique qu'il désigne doive être, par cela seul, vaine et illusoire et que jamais nous n'arrivions à abolir complétement la douleur obstétricale.

Tout d'abord, et faute de meilleures raisons, le simple bon sens ne disait-il pas assez haut que, pour peu que nous nous missions à faire de l'anesthésie, c'était bien pour le moins à celle des deux formes fondamentales de la sensibilité que, dans nos visées d'indolorcité, nous devions premièrement nous adresser. Cette indication semble d'autant plus naturelle que ce premier mode de la sensibilité, la douleur, se trouve placé au premier rang, sur le chemin anesthésique. Et puis la raison et le jugement professionnel impartial qui doit présider à l'appréciation non-seulement de la conduite pratique, mais aussi des assertions consciencieuses d'un confrère honorable, pouvaient-ils admettre que, pendant vingt-cinq ans et sur 947 faits d'anesthésie, nous n'ayons jamais ni voulu, ni pu, ni su, ni osé atteindre l'*insensibilité complète à la douleur?*

Était-ce admissible, quand il est de la plus absolue évidence que cette insensibilité *complète à la douleur*, à un moment quelconque du travail, vers la fin surtout, a dû être et a été, pour nous comme pour tous ceux qui se servent du chloroforme, l'unique désidératum, qu'à l'exemple de nos maîtres, de nos prédéces-

seurs et de nos émules, et en tenant compte des audaces et des timidités de chacun, des préceptes de tous, nous avons toujours essayé d'obtenir? Ce n'est guère qu'après avoir été encouragé par les faits de M. Danyau, publiés lors de la discussion du rapport de M. Laborie, en 1854, que nous avons osé porter l'anesthésie jusqu'à la période douloureuse qui précède immédiatement et qui accompagne le passage de l'enfant à travers l'orifice utérin.

Que nous ayons toujours atteint ce but de nos désirs, et satisfait, en cela, le rêve de toutes nos patientes, c'est là une autre question. Mais quand j'affirme, par exemple, avoir sur 947 cas obtenu 411 fois, à la fin du travail, cette *analgésie* qui donne à un accouchement ce cachet terminal qui permet de dire qu'il a été, en une certaine partie au moins de sa durée, tout à fait indolore; 258 fois une *demi-insensibilité à la douleur;* et 80 fois un *soulagement simple*, je ne vois pas comment on peut venir contester le fait dont un très-grand nombre de femmes elles-mêmes, d'assistants et de confrères peuvent encore témoigner aujourd'hui. Si d'ailleurs je fais entrer ici en ligne de compte les faits d'obstétrique opératoire où l'anesthésie a été poussée plus loin que la simple analgésie et parfois jusqu'à l'anesthésie complète des chirurgiens, je ne compte pas, d'autre part, au nombre des accouchements indolores ceux dans le cours desquels s'est manifestée, momentanément seule-

ment, quoique à plusieurs reprises peut-être, une analgésie complète qui, pour un motif quelconque, ne s'est pas maintenue jusqu'au moment de la terminaison. Si pour le médecin ces accouchements, rendus tout à fait indolores à certaines périodes du travail, mais qui finissent par l'être moins au moment même de l'expulsion définitive, sont tout aussi intéressants, tout aussi importants à noter au point de vue de l'anesthésie que ceux où la naissance de l'enfant n'a pas été sentie, il n'en est pas de même pour les femmes, qui, à tort ou à raison, n'apprécient guère le bienfait de l'anesthésie que d'après le fait de l'indoloréité terminale. Eh bien, ces cas dont je parle, ceux où la fin de l'expulsion a été perçue, ont encore été rangés par moi, tant je tenais à ne pas exagérer les résultats heureux, au nombre des cas où un *soulagement simple* ou une *demi-insensibilité à la douleur*, ou bien, en termes plus généraux, plus nets, une *analgésie incomplète* avait été obtenue. On ne devra donc pas m'accuser d'avoir grossi le chiffre des cas d'*insensibilité complète à la douleur*, quand je ne consens à considérer comme tels que ceux que la femme, — à son réveil d'abord, puis d'après ses impressions recueillies plus tard et comme à tête reposée, — caractérisait positivement comme n'ayant pas été sentis par elle, en tant que *douleur;* la question de *pression*, comme perçue ou non perçue, étant réservée.

Que si l'on me reproche de n'avoir pas indiqué ces

nuances dans mon premier mémoire sur l'anesthésie obstétricale, je répondrai que dans l'esquisse sommaire qui m'était demandée de ma pratique personnelle en anesthésie appliquée aux accouchements naturels, je n'avais pas à entrer dans des détails de doctrine que je réservais d'ailleurs, comme je l'avais annoncé dès cette époque, pour un travail plus complet, celui que je présente aujourd'hui. Et puis, je l'avoue, je ne pensais pas alors que l'on pût contester jusqu'au point où on l'a fait, à l'Académie de médecine comme à l'École de Paris, et les phénomènes propres à la demi-insensibilité et la méthode elle-même de la demi-anesthésie. Le tort que je puis avoir eu est de n'avoir pas posé en principe que la demi-anesthésie qui se présentait à nous comme un degré inférieur de l'anesthésie pleine et entière des chirurgiens, pouvait, de par des lois de physiologie bien connues, comprendre dans l'effacement du seul élément *douleur* auquel elle s'adressait les degrés successifs : 1° d'un *soulagement initial;* 2° un peu plus tard, de l'*atténuation de la douleur*, autrement dit une *demi-insensibilité à la douleur*, et 3° enfin, de l'*insensibilité complète à la douleur* ou *analgésie*, — sans cesser, pour cela, d'être la *demi-anesthésie*, en ce sens qu'il lui manquait tout ce qui rend *complète et entière* l'anesthésie des chirurgiens, dont nous ne voulions pas.

Nous allions même plus loin : cette anesthésie ab-

solue, nous la redoutions pour l'accouchement naturel toutes les fois qu'elle nous débordait par surprise ou par le fait d'une idiosyncrasie de la femme. Or, on sait que la médecine opératoire requiert, au delà de nos indications obstétricales, l'*abolition absolue* de l'élément *tact* ou *pression* et de la *motilité tant volontaire que réflexe*. Et cependant, la conservation du sens du *tact* ou de la *pression intérieure*, ce point extrême de nos visées semi-anesthésiques, n'avait-elle pas été suffisamment reconnue et mentionnée par nous? A la page 18 de mon premier mémoire il est dit, en substance, que par les doses faibles et intermittentes, on arrive graduellement à neutraliser l'angoisse résultant de la *pression* occasionnée par le passage de l'enfant ; et, un peu plus loin, que la femme qui nous entend la solliciter à *pousser* obéit sans peine en disant n'éprouver qu'une *pression non douloureuse*, pression l'invitant même à faire un effort qui n'a plus rien de si pénible. Enfin, dans l'observation, si intéressante à plus d'un point de vue, de madame T....[1], je disais ceci : « La contraction utérine se traduit plutôt, pour elle, par une *pression en bas* que par une sensation douloureuse. »

Telle était l'expression courante, pure et simple, de tout ce que demandait l'anesthésie obstétricale. Eût-il fallu dire, et détailler à cette occasion, ce qui

[1] *Étude sur la tolérance anesthésique obstétricale*, p. 50.

sautait à tous les yeux, à savoir les phases bien connues par lesquelles nous devions successivement passer pour atteindre ce maximum de notre anesthésie spéciale? Doit-on nous reprocher de n'avoir pas expliqué, dès le premier jour aussi, l'influence de l'effort? Je puis dire de ce dernier, au moins, que nous ne l'entrevoyions encore, à cette époque, qu'à l'état d'une garantie hypothétique contre les dangers de l'anesthésie et dont l'action ne nous a paru bien réellement effective et digne d'être prise en considération, que lorsque nous eûmes, à un moment donné, l'occasion de l'observer en pleine évolution dynamique. Je ne pouvais, avant le fait, expliquer par l'action de l'effort notre progression toute spéciale en anesthésie obstétricale, avec ses alternatives d'avancement et de recul qui ont fait le sujet d'un mémoire publié quatre mois seulement après mon premier travail[1]. Dans une première esquisse aussi courte que celle que je devais fournir au *Journal de thérapeutique*, des détails de la première espèce me semblaient au moins superflus; ceux de la seconde eussent été quelque peu prématurés, par la simple raison que le fait n'était pas encore venu réaliser ce que l'esprit pouvait avoir conçu. C'est comme si l'on venait me reprocher aujourd'hui même, de ne pas avoir expliqué un phénomène dont j'ai maintes fois, avec nombre d'autres

[1] *Étude sur la tolérance anesthésique obstétricale* (juin 1874).

accoucheurs, constaté la présence, à savoir l'*éloignement* et l'*affaiblissement* des contractions utérines observables à une période de l'anesthésie qui précède de beaucoup la narcose organique. Cette particularité, fort intéressante à noter en ce qu'elle a une influence très-réellement modificatrice et souvent heureuse, sur une partie de la marche du travail, ne peut, j'en suis convaincu, s'expliquer par le seul fait d'une anesthésie portée à l'extrême, soit même à la deuxième période, celle des chirurgiens, soit encore moins à la période de la *sidération des fonctions nerveuses de la vie organique*. Il y a là en jeu, très-probablement, un autre *modus agendi* de l'éthérisme obstétrical, tout à fait spécial au travail de la parturition, à la première période surtout, et que je m'efforce d'analyser. Jusqu'ici mes faits à cet égard ne sont pas suffisants pour me permettre de résoudre ce problème de physiologie et je ne pourrai peut-être prouver que demain ce que nos adversaires veulent dès aujourd'hui réfuter en appelant *hérésie scientifique* une opinion qu'ils feraient mieux de se mettre à étudier avec nous, attendu que notre commune ignorance sur ce point me paraît à peu près égale.

J'avais annoncé, dans mon premier Mémoire, mon intention de reprendre un jour cette histoire de l'anesthésie obstétricale ; je regrette moins aujourd'hui le retard qu'une longue et douloureuse maladie est venue apporter à l'exécution de ce projet,

puisqu'il m'a été donné, dans l'intervalle, d'apprendre, d'un côté, tout ce que le terme, sans doute un peu équivoque, de demi-anesthésie, a pu jeter d'incertitude dans l'esprit des critiques et, d'un autre côté, ce que les recherches récentes de quelques auteurs nous permettent d'espérer pour la désignation plus claire et plus précise des divers résultats obtenus en anesthésie obstétricale.

Comme le présent travail a pour but non-seulement d'envisager les critiques les plus importantes adressées à notre méthode et que j'ai déjà relevées en passant, mais encore et surtout de fixer en les expliquant, les principales conditions qui doivent servir de bases actuelles à l'anesthésie obstétricale, — celle du moins qui se fait par la méthode des inhalations chloroformiques, — je me suis empressé, dès que je l'ai pu, et mettant tout faux amour-propre de côté, de revenir sur les points obscurs et les omissions qui ont pu exister dans le passé et particulièrement dans mon travail antérieur, comme aussi de consigner ici avec confiance les espérances que, plus que jamais, j'entretiens sur l'avenir de ce genre d'anesthésie.

Je crois donc important, au point où nous sommes arrivés de cette intéressante histoire, de résumer en quelques lignes les degrés divers de narcose qui m'ont semblé devoir être compris sous la dénomination de *demi-anesthésie* et de les faire suivre d'un ensemble de considérations qui, je l'espère, achèveront de dé-

montrer les légitimes particularités de la méthode préconisée par nous.

Je me servirai indistinctement, quant à présent, des termes anciens tels que je les trouve dans mes notes et des termes nouveaux, quand ceux-ci, sans rien changer au fond des choses, me sembleront rendre l'idée d'une manière plus précise, plus claire et plus brève.

Je dirai donc que, à mon sens, la demi-anesthésie comprend :

1° Une *période initiale*, état de *simple soulagement général ;*

2° Une *période d'analgésie incomplète ;*

3° Une *période* ou *état d'analgésie complète.*

Je reprends :

1° *Une période initiale*, état de *simple soulagement général*, caractérisée tout d'abord par un vague intellectuel qui procure un léger effacement du *moi* et par la production, chez la très-grande majorité des parturientes arrivées au passage de la première à la seconde phase du travail, d'un apaisement physique et moral où manque par conséquent, et cela presque toujours, cette *excitation cérébrale* particulière au début de toute anesthésie expérimentale ou opératoire.

Un autre effet de cette première période de l'anesthésie obstétricale et qui ne tarde pas à s'y faire remarquer, c'est que l'influence anesthésique paraît atteindre, surtout et d'abord, les irradiations doulou-

reuses dont les parturientes se plaignent si souvent et dont elles rapportent le trajet ou le siége vers des organes situés en dehors de la région utérine proprement dite, laquelle, tout en restant comme le foyer central des contractions douloureuses, semble réagir sur des régions plus ou moins éloignées et qu'on pourrait appeler *circumutérines* ou *para-pelviennes*. Ces rayonnements douloureux s'expliquent peut-être par des effets sympathiques de voisinage, par une propagation de proche en proche; mais il en est rendu suffisamment compte, ce nous semble, par la seule considération des connexions nerveuses qui étendent leur réseau entre l'organe point de départ de la douleur centrale et ceux qui se trouvent à distance mais qui relèvent, comme lui, du même mode d'innervation. Cette innervation, on le sait, est en très-grande partie ganglionnaire pour le corps utérin et une portion du col; elle est très-partiellement d'origine cérébro-spinale pour cette région du col qui est en rapport avec le canal utéro-vulvaire et pour le canal lui-même.

Je ne rechercherai pas, pour le moment, si ce ne serait pas par une voie non encore signalée, je crois, à l'attention des thérapeutistes de la douleur, que parvient à se produire ce soulagement presque immédiat des douleurs circonvoisines de l'utérus. Outre que ce nouveau *modus agendi* que je voudrais signaler pour le chloroforme nous semble devoir être moins

applicable à la douleur utérine, qu'il ne pourrait l'être tout d'abord au *muscle* utérin lui-même, j'estime qu'il est plus sûr jusqu'à présent, de n'attribuer ce soulagement *extra-utérin*, acquis dès le début de notre anesthésie, qu'à un simple effet de la loi posée par C. Bernard, en physiologie anesthésique, à savoir que, bien que l'éthérisme ait une action pour ainsi dire générale et simultanée, ses effets ne se font point sentir, comme on pourrait le croire, à l'origine même des nerfs qui émanent des centres nerveux mais bien à l'extrémité périphérique de ces mêmes nerfs.

Cette première période de l'anesthésie obstétricale peut donc être considérée, en définitive, comme un état général de la narcose chloroformique. L'intelligence est à peine effleurée ; l'excitation manque presque toujours. Dans la très-grande majorité des cas, ce sont les douleurs circumutérines erratiques qui s'amoindrissent tout d'abord, si toutefois elles ne sont pas trop fortement accusées pour se laisser éteindre aux premiers effluves chloroformiques. Elles finissent d'ailleurs par céder invariablement un peu plus tard, à l'influence anesthésique accumulée qu'elles ne peuvent manquer de subir. La *douleur*, la vraie douleur, si bien connue des parturientes, semble, à mesure que cette première période se confirme, se retirer, se localiser, se concentrer dans l'organe utérin lui-même. Et c'est elle qui, dès maintenant aussi, va

être, comme de proche en proche, atteinte par l'éthérisme, mais poussé à un degré supérieur en dose et en durée.

Avant de terminer l'esquisse de cette première période de notre anesthésie, je me suis demandé si l'absence presque constante d'une phase d'excitation que signalent si fréquemment les expérimentateurs et les chirurgiens, ne tient pas à ce que l'anesthésie employée par nous, à la fin de la première et au commencement de la deuxième période du travail, intervient précisément à un moment où la douleur qui a son siége dans l'utérus et les parties voisines se trouve tellement forte qu'elle a atteint un maximum presque insupportable et donne lieu, elle-même, à une grande excitation nerveuse chez la parturiente. Or si l'on est venu jeter l'anesthésie en plein effet de cet éréthisme nerveux et sanguin pré-existant, qui pourrait reconnaître dans ce conflit un fait d'excitation qu'on pût dire propre à l'anesthésie ? Je ne pense pas qu'il y ait lieu dans de pareilles conditions à signaler une excitation chloroformique quelconque. Ce que je sais, au contraire, c'est que dès les premières inhalations chloroformiques on ne voit guère ce que sont devenues et les excitations réellement dues au travail et cette excitation que l'on dit inhérente aux premières approches de l'agent anesthésique. Ce que j'ai presque constamment constaté, c'est qu'il se produit un calme pour ainsi dire immédiat et un

grand silence pendant l'*intervalle* des contractions, bien que celles-ci, lorsqu'elles reviennent, soient pourtant encore douloureusement perçues [1]. Le pouls qui s'agite parfois, mais pas toujours, pendant l'éréthisme dû au travail, devient calme, si ce n'est pourtant dans les cas rares où l'émotion due à une certaine crainte du chloroforme m'a paru ou le maintenir élevé ou même l'accélérer pendant un temps passager. La respiration devenue haletante par les excès d'un travail qui la surmène rentre dans l'ordre. Les inhalations chloroformiques (s'il n'y a pas d'appréhension chez la parturiente) se font de plus en plus régulièrement et profondément. La femme la plus émue, la plus novice dans cette pratique, devient courageuse et confiante; elle comprend encore et obéit à notre voix; elle nous donne dès ce simple prélude d'indoloréité des témoignages très-nettement et très-intelligemment accusés d'un bien-être qui la console de tout ce qu'elle a souffert avant l'anesthésie et l'encourage pour ce qui reste à accomplir. Ce sont toutes ces conditions

[1] A ce propos, il est bien de noter ici que l'intervalle indolore dont il vient d'être question peut souvent *paraître* allongé sans l'être toujours en réalité. Il ne faudrait pas le confondre avec l'intervalle que nous signalerons plus tard entre les contractions utérines qui peuvent s'éloigner pendant l'analgésie incomplète ou complète ou pendant une *acinésie* due à une cause encore hypothétique. Dans le premier cas, il s'agit d'un allongement *apparent* à cause du silence et du calme survenus dans l'intervalle. Dans le second, il est question d'une véritable prolongation de l'intervalle, due à l'anesthésie, et qui devra être, comme dans le premier cas, constatée la montre en main.

que nous venons d'examiner qui constituent le *soulagement initial* et qui, le temps et les doses aidant, deviendront d'abord une *analgésie incomplète*, laquelle ne tardera pas à se convertir en une *analgésie complète* qui est notre but en obstétrique naturelle.

2° *Une période d'analgésie incomplète*, état que j'avais désigné dans mes notes par le terme *demi-insensibilité*.

Cet état est caractérisé par une atténuation de la *douleur*, mais de la *douleur utérine* proprement dite cette fois, celle qui, comme d'un siége central, semble, à chaque contraction, partir du fond de l'organe gestateur, pour passer par l'orifice utérin, et s'étendre jusqu'à la région périnéo-vulvaire. C'est dire que si la première période a été ce que nous l'avons presque toujours vue, les douleurs lombaires, intercostales, pelviennes et crurales ont déjà à peu près disparu en totalité, et que cette seconde phase de l'anesthésie obstétricale s'adresse particulièrement à une diminution de la douleur située, si je puis m'exprimer ainsi, sur toute la ligne centrale de la voie de la parturition.

La parturiente sent *moins;* elle le dit, et en termes si souvent les mêmes et que personne ne lui a appris, termes figurés qui semblent tellement nés de la sensation éprouvée par la plupart, que je les rapporte ici : « Je souffre moins, dit la femme, c'est comme

si on avait *jeté un voile sur mes douleurs.* » N'est-ce pas le *dolor velo obductus* des anciens?

Cette seconde période de l'anesthésie obstétricale peut donc recevoir le nom d'*analgésie incomplète.*

C'est déjà vers cette période de la *demi-analgésie utérine* qu'on voit plus fréquemment peut-être que dans l'état de simple *soulagement* général, commencer à se produire, à se dessiner une certaine diminution dans l'*intensité* et dans la *fréquence* des contractions utérines, phénomène d'autant plus appréciable que le travail est moins avancé. C'est ici que, indépendamment de la voie anesthésique cérébro-spinale et ganglionnaire indiquée par Cl. Bernard, ou plutôt concurremment avec elle, j'ai pensé qu'il y avait peut-être lieu d'admettre un autre *modus agendi* de la narcose obstétricale et cela d'après quelques faits anciennement observés par moi et dont, avant de me prononcer, je cherche à augmenter le nombre et la précision; d'après l'impossibilité d'expliquer ces modifications dans la contraction utérine à une période d'anesthésie très-restreinte d'ailleurs et qui ne ressemble en rien à l'anesthésie dite ultime ou organique; enfin, d'après certaines expériences du professeur de physiologie du Collége de France, qui lui ont permis de formuler la théorie physico-chimique de l'anesthésie. J'attends avec impatience que d'autres faits soient venus légitimement corroborer mes hypothèses à ce sujet.

3° *Une période ou état d'analgésie complète*, qui correspond à ma division désignée par les mots *insensibilité complète* (*à la douleur* sous-entendu). De quelque manière que se produise la narcose obstétricale, de quelque façon qu'on s'y prenne pour se rendre compte de la disparition de la douleur, cet état existe; il se trouve caractérisé par une entière absence de la *douleur seule*. Celle-ci s'est ainsi dissociée du *tact*, en se laissant abolir avant lui, et ce dernier se trouve ainsi préservé pour devenir, en ce qui nous concerne, le *tact intérieur* ou la *pression obstétricale*.

Dans cette période se passe une série de phénomènes complexes où l'idiosyncrasie intellectuelle de chaque parturiente semble jouer un rôle important et essentiellement variable, selon que la femme anesthésiée à cette limite ne conserve plus ou conserve encore la conscience d'elle-même. En effet, chez quelques-unes, l'impressionnabilité particulière peut avoir été atteinte de très-bonne heure et presque tout d'un coup; chez celle-ci l'éréthisme préexistant à l'anesthésie peut lui avoir départi, au cours de cette dernière, une plus longue résistance à la narcose; chez celle-là une certaine tactique des inhalations et la durée de l'anesthésie peuvent avoir créé — c'est ce qui arrive le plus souvent — une tolérance remarquable prouvée par la survie de l'intelligence en l'absence de toute douleur; chez d'autres, enfin, une excitation cérébrale, fort rare d'ailleurs, peut prédominer à cette

période d'analgésie au moins apparente et faire crier ces femmes, plus fort pour ce qui leur reste de douleur réellement perçue peut-être, que si elles eussent été laissées à la pleine conscience d'elles-mêmes. On peut résumer toutes ces variétés, toutes ces nuances, infinies comme les idiosyncrasies elles-mêmes, chez la parturiente analgésiée, en disant qu'elle subit, à ce degré d'anesthésie, un trouble intellectuel plus ou moins grand qui se traduira, selon les cas, soit par la persistance très-fréquente et presque complète de la conscience du *moi*, soit par la diminution allant rarement jusqu'à l'abolition entière, soit même, au contraire, par l'exagération de cette même conscience.

C'est à ce degré, une fois atteint, que doit se borner l'anesthésie obstétricale dite la demi-anesthésie. Nous verrons bientôt à quelle combinaison d'influences opposées l'anesthésie destinée aux accouchements naturels doit de pouvoir se maintenir le plus près possible de ce point idéal de nos visées, de ce point qui, fluctuant et mobile, constitue, tout en nous permettant de donner l'indoloréité à nos patientes, la meilleure garantie, pour elles et pour nous, de toute la sécurité désirable.

Aller au delà de ce point, ou, en d'autres termes, dépasser l'*analgésie* une fois obtenue, c'est s'exposer à voir s'éteindre la sensibilité au tact ou à la pression, la conscience complète, toute la motilité soit volontaire, soit réflexe. C'est vouloir, en un mot,

aborder les conditions de la *narcose chirurgicale*, vraie, profonde et entière, qui est devenue le type de toute anesthésie provoquée, nous ne l'ignorons pas, mais qui dépasse, selon nous, en les entravant plus ou moins, les conditions requises par un accouchement normal.

XIII

Après avoir sommairement esquissé, dans mon premier Mémoire, les conditions de l'anesthésie obstétricale quant à son moment d'élection, sa durée et ses principaux effets, j'abordais la question capitale de l'*innocuité* de ce genre de narcose appliqué aux accouchements naturels. Je notais ce fait que sur les 1,500 cas de parturition auxquels j'avais assisté, *onze* femmes avaient succombé, dont *cinq* au nombre de celles qui avaient pris du chloroforme (947) et *six* parmi celles qui n'avaient pas été anesthésiées. Je racontais les circonstances particulières qui, chez les cinq personnes anesthésiées, avaient entouré leur accouchement et leur mort, et je pense qu'après en avoir pris connaissance, on ne pourra entretenir la

moindre idée d'incriminer le chloroforme d'avoir eu une part quelconque dans l'issue fatale.

Je signalais, enfin, chez toutes les autres femmes anesthésiées, à quelque degré que ce fût, les *suites de couches* constamment heureuses, et bien que les éléments d'une comparaison absolument exacte soient assez difficiles à réunir, mon impression générale aujourd'hui est que les convalescences ont été en général plus rapides chez les femmes auxquelles on avait épargné, à un degré quelconque, la douleur, la fatigue et l'énervement dus à la parturition, que chez celles qu'on avait laissées sans le moindre soulagement.

Toutes ces circonstances heureuses m'avaient permis de formuler une pratique pardonnable, je l'espère, chez un observateur qui n'a guère d'autre moyen de mesurer le degré de douleur subie par une parturiente : c'était de noter l'*expression* de cette douleur *avant* et *pendant* l'anesthésie, sauf à la contrôler au moyen de ce que j'en pouvais apprendre *après* la terminaison de l'accouchement. Ce contrôle était surtout nécessaire pour quelques femmes hystériques demi-inconscientes qui criaient plus fort que d'autres, mais qui ne conservaient aucun souvenir de leur douleur ni de leurs cris. — Cette manière de procéder, fort critiquée depuis, admet bien qu'on trouvera par ci par là une femme désappointée dans son rêve d'indolorcité complète et absolue (une des

« intelligentes » bien entendu) ; mais elle permet de croire et de dire que la très-grande majorité des femmes accouchées avec le chloroforme s'en est montrée satisfaite, émerveillée, voire même reconnaissante. Or je pense encore à l'heure actuelle ce que je pensais alors, et pour moi, comme pour une infinité de praticiens, l'opinion de la femme devra, quoi qu'on dise, et en écartant toute exagération contingente, conserver sa valeur absolue. Pourquoi voudrait-on, de par les accoucheurs antianesthésistes, que la femme n'eût plus voix à ce chapitre? Et chez qui donc trouvera-t-on une compétence plus naturelle et plus spéciale que chez celle qui, dans cette question de la souffrance de la parturition, peut, à bon droit, se déclarer en même temps juge suprême et partie?

De ce nombre déjà fort respectable de faits heureux qui me sont personnels, rapprochés des merveilleux résultats obtenus par tous les accoucheurs anesthésistes de tous les pays, sans tenir un compte rigoureux des ignorances, des imprudences et des imperfections, et m'en tenant aux statistiques constamment et uniformément heureuses, je concluais à une innocuité insuffisamment expliquée peut-être, mais éclatante du moins, de l'anesthésie appliquée aux accouchements naturels. Puis, laissant momentanément de côté la question de l'immunité des parturientes vis-à-vis de la chloroformisation, j'esquissais les conditions de cette pratique, qui n'avait

dû être, ni partout ni constamment, entourée des précautions scientifiques par lesquelles on a su la perfectionner de nos jours.

J'exposais alors les conditions préliminaires d'une anesthésie prudente, en ce qui regarde la patiente, le médecin et l'agent anesthésique ; puis je m'occupais de la *tactique des inhalations chloroformiques*, qui se trouve d'ailleurs fort bien décrite partout, avec cette réserve pourtant que je donnais la préférence aux *petites doses initiales* sur les doses *massives* recommandées par Simpson dans les premiers temps. Parmi les effets produits, je m'arrêtais à signaler la signification trompeuse des cris chez certaines patientes, qui deviennent plus bruyantes pendant l'anesthésie qu'avant l'approche du chloroforme. Cette surexcitation a été souvent notée dans la pratique anesthésique des chirurgiens, surtout quand la narcose est incomplète, et ils n'y font pas autrement attention, persuadés qu'ils sont que les patients ainsi affectés ne se *souviennent* pas ordinairement du mal dont ils *paraissent* avoir souffert, et qu'ils obéissent dans cette phase d'agitation et de cris, bien plutôt à des mouvement réflexes automatiques, qu'à une perception psychologique de la douleur[1]. Je signalais ce fait capital, pour éviter à l'accoucheur prévenu la

[1] Blandin, *De l'usage des inhalations d'éther dans les opérations chirurgicales*, Paris, 1847, et Bouisson, *Méthode anesthésique*, p. 281, 1850.

tentation d'augmenter indéfiniment la dose du chloroforme, dans le but de mettre fin à cet état auquel me paraît étrangère, du reste, l'excitation propre à la première période anesthésique, et qui manque bien plus souvent en obstétrique qu'en chirurgie. Cet état me paraît aussi plutôt dû à la susceptibilité et à l'excitabilité particulières de certaines femmes, qu'à l'insuffisance des doses.

Je donnais enfin l'indication de suspendre l'anesthésie au moment où la femme devient insensible au *pincement de la peau*, c'est-à-dire au moment du passage du premier au deuxième degré de l'anesthésie chirurgicale[1]. Nous verrons en effet, que c'est autour de cette limite marquée par l'*insensibilité au pincement*, tantôt au delà, tantôt en deçà, que dans l'*état demi-anesthésique* nous obtenons, soit *au delà :* l'*analgésie complète* qui nous suffit ; soit *en deçà :* l'*analgésie incomplète*, ou ce qu'on a nommé la *demi-insensibilité à la douleur*. En d'autres termes, nous cherchions, et cela bien avant de soupçonner le concours que nous prêtait l'effort, à atteindre cette insensibilité au pincement. Pour ne pas la dépasser, nous éloignions ou suspendions le chloroforme, afin de ne pas trop nous laisser engager dans la direction d'une anesthésie complète, et c'est ainsi qu'il se faisait que nous n'atteignions pas en plein la sensibilité

[1] *Traité d'anesthésie chirurgicale*, par MM. Perrin et L. Lallemand, p. 171.

au *tact* ou à la *compression*, sensibilité qu'il nous a toujours paru utile de respecter pour le meilleur accomplissement de la parturition arrivée à la période d'expulsion. Pendant toute cette première période de nos observations, l'effort ne nous a toujours paru que comme un moteur essentiel de l'acte puerpéral, moteur dû à une action réflexe née elle-même d'une *pression* intrinsèque.

Mais quand nous commençâmes à comprendre la possibilité d'une coopération désanesthésiante de l'effort, il nous sembla que notre réserve pour les doses donnait à l'analgésie une fixité moindre, et que même cette analgésie n'avait de chance certaine de durée qu'à la condition de voir l'action chloroformique poussée un peu plus loin. Il arrivait souvent, en effet, que la parturiente subissant d'abord une simple *pression indolore* (l'analgésie persistant avec l'entière perception du tact), en arrivait bientôt à éprouver une *pression douloureuse* (l'analgésie redevenue incomplète avec la même condition de sensibilité à la pression). Dans ces cas où l'effort était énergique, nous insistions un peu plus sur les inhalations. De là résultait, pour la sensibilité, un état oscillatoire et variable, tantôt au delà, et tantôt en deçà de la ligne d'insensibilité au pincement, laquelle, nous le répétons, a toujours été, faute de mieux, notre critérium moyen.

Le but que vise l'anesthésie obstétricale consiste, on le voit donc, à passer d'abord par une première période

que, dans mes notes, j'ai appelée le *soulagement simple*, et dont j'ai déjà donné à plusieurs reprises la description, et au delà de laquelle certaines patientes, pour des raisons de temps ou d'indications spéciales, ne sont jamais allées; puis, à entrer dans une deuxième période ou la sensibilité du trajet utéro-vagino-vulvaire se trouve simplement émoussée, et fournit une étape de *demi-insensibilité à la douleur*, ou *d'analgésie incomplète;* enfin, à atteindre l'*insensibilité complète à la douleur* ou *analgésie*, à un point plus ou moins bien caractérisé par l'*insensibilité* au *pincement de la peau.*

Il y a là une ligne fictive et de très-relative valeur notée pourtant par les mots *insensibilité au pincement*, limite qu'on peut franchir avec plus ou moins de facilité, mais qu'en anesthésie obstétricale on ne doit viser à dépasser que de très-peu et pour un temps très-court; cette ligne dans le voisinage de laquelle on essaye de se tenir, mais *en deçà* de laquelle on finit par trouver que l'anesthésie obstétricale, étant ce qu'elle est (et par l'effort aussi bien que par les doses petites et intermittentes que nous recommandons), a beaucoup plus de tendance à revenir dans le sens de la *demi-analgésie*, qu'elle n'en a à la dépasser dans le sens de l'*analgésie.*

Avant d'aller plus loin, je dois répéter ici que le pincement ne me paraît avoir qu'une valeur très-relative dans la constatation d'un degré d'analgésie aussi

superficiel que celui qui doit nous intéresser. Léger, le pincement ne sera pas senti ; très-fort, il finira par être perçu comme douleur ; à un point intermédiaire, il pourra n'être signalé que comme une *pression indolore*, ainsi que je l'ai constaté dans l'expérience qui consiste à pincer à divers degrés la peau d'une jambe affectée d'anesthésie consécutive à la sciatique.

XIV

C'est dans ces dernières années seulement que j'ai cru comprendre que l'influence désanesthésiante de l'effort obstétrical pourrait bien coopérer dans le même sens que la petitesse et surtout que l'intermittence des doses anesthésiantes. J'aurai plus tard l'occasion d'insister particulièrement sur ce point. Je ne veux pas dire, cependant, qu'il ne puisse jamais arriver et qu'il n'arrive pas quelquefois que l'anesthésie dépasse, malgré nous, la ligne fictive que nous venons d'indiquer, mais cela m'a paru toujours explicable, soit du côté de la femme par une impressionnabilité au chloroforme particulière, soit du côté de l'accoucheur par des doses immodérées

ou inconsidérément administrées ; ou enfin par l'absence relative d'un effort suffisamment intense et répété. Loin de moi l'idée de soutenir qu'on n'ait pu, souvent et rapidement, dépasser les lignes de l'insensibilité à la douleur et au tact, celles de l'abolition de la motilité volontaire ou réflexe, pour se trouver en pleine anesthésie chirurgicale ; mais ce qui me semble incontestable, c'est que l'accoucheur en est averti avant le chirurgien, non-seulement par la diminution en fréquence et en intensité des contractions utérines, mais par l'affaiblissement de l'effort et l'inertie absolue de la parturiente et conséquemment par un réel ralentissement du travail et aussi parfois, dans les cas extrêmes, par l'état du pouls et de la respiration, qui préludent à l'invasion d'une anesthésie organique.

Pour nous, cette dernière phase ne pourra être évitée, dans ces cas, qui côtoient le danger d'aussi près (aussi bien en chirurgie qu'en obstétrique), que par la suspension immédiate de toute anesthésie; et spécialement pour nos cas de parturition, par le rappel des efforts, — qu'on peut solliciter, en pleine narcose, au moyen de pressions artificielles pratiquées dans le vagin, — ou enfin, si cela devenait absolument nécessaire, par la manœuvre accessible à tous et assez promptement effectuée, de l'*inversion totale de l'individu*, inversion pendant laquelle on peut avoir recours simultanément à la respiration artificielle par

la pression intermittente du thorax et à l'électricité.

C'est pour éviter à la parturiente et à l'accoucheur de pareils dangers et de semblables surprises que je voudrais qu'on se persuadât bien qu'il ne s'agit de voir dans l'anesthésie obstétricale qu'une forme de l'anesthésie, destinée à éteindre, avant tout, un des modes de la sensibilité, celui qui perçoit la douleur, à l'exclusion des autres modes de la sensibilité et de la motilité que nous ne visons pas à atteindre, quoique ces derniers puissent être, du même coup, un peu altérés ou obscurcis. N'avons-nous pas tout intérêt, en effet, à respecter la sensibilité au tact, une fois qu'il est rendu indolore, du moment que c'est en lui que réside le pouvoir excitateur de la motilité volontaire ou automatique, laquelle préside à cet effort si essentiel à l'accomplissement régulier de l'acte de la parturition?

On comprendra, enfin, d'après ce que nous venons de dire, que l'état d'équilibre instable qu'il s'agit d'imposer à l'anesthésie obstétricale, dans le voisinage de la ligne de l'analgésie complète, doit y être maintenu par une espèce de pondération entre les doses anesthésiantes et l'influence désanesthésiante du travail lui-même.

Ce fait explique, d'un côté, les difficultés qui peuvent être inhérentes à cette tactique spéciale des inhalations — qu'il faut, en obstétrique, avoir apprise pour pouvoir s'en servir opportunément — et de l'au-

tre, la possibilité de faits qu'on rencontre journellement dans la pratique, où la même femme, par exemple, dans le cours de la deuxième période de son travail, peut s'être trouvée dix fois *insensibilisée complétement* (analgésie) et dix fois seulement *demi-insensibilisée* (analgésie incomplète) et encore dix fois simplement *soulagée*. Ce fait, disons-le en passant, servirait presqu'à lui seul à distinguer les deux anesthésies, puisque l'on demande pour l'anesthésie chirurgicale une *insensibilité complète et à l'abri de toute oscillation de retour*[1]. Ici il n'a d'autre signification que de signaler au praticien l'importance qu'il y a d'établir de son mieux le parallélisme voulu entre l'analgésie dont il dispose et les moments les plus douloureux du travail. Cela est de première nécessité pour la parturiente et cela n'est pas sans intérêt pour l'accoucheur. Il est souvent arrivé, en effet, que pour la femme l'impression qu'elle conserve de son travail et de l'efficacité du soulagement qu'on a voulu lui offrir, est celle de la fin de l'accouchement. Or, ceci est parfois injuste pour la méthode et pour le médecin. Il ne dépend pas toujours de ce dernier, en effet, que telle femme qui a refusé tout d'abord le chloroforme, — pendant les quatre cinquièmes de la deuxième période de son travail, par exemple, — puisse avoir le temps d'être tout à fait et prudemment insensibilisée pour le moment de l'expulsion ; ni que

[1] Perrin et L. Lallemand. Ouvrage cité, p. 170.

telle femme déjà très-soulagée pendant les deux premiers tiers de cette deuxième période, consente, pour la fin, à aller au delà de cette *demi-insensibilité à la douleur;* ni que telle autre, enfin, tout à fait analgésiée d'abord, ne vienne compromettre la régularité de l'anesthésie, soit par des mouvements souvent à demi inconscients, soit par un état d'agitation et de rêves. C'est en pareil cas qu'il faut en jugeant ces incidents possibles, savoir faire la part du médecin, de la patiente et de la méthode.

C'est ainsi qu'on voit apparaître, dans le cours de l'anesthésie appliquée à la seconde période du travail, toutes les variétés possibles causées par la tactique plus ou moins habile de l'administration des doses, par la susceptibilité des femmes, par les doses elles-mêmes, leur force et leur mode d'application et aussi, comme nous l'avons dit, par la présence de l'effort qui lutte sans cesse contre les effets anesthésiques.

Une preuve de la réalité de cette dernière influence me semble résider dans ce fait pratique que, pour les opérations obstétricales, l'anesthésie, comparée à celle dont on use dans l'accouchement spontané, paraît singulièrement aisée, en ce qu'elle est portée très-rapidement, d'une façon continue et sans ressauts, jusqu'à la limite qui convient aux opérations de la chirurgie. Ce fait me semble pouvoir être expliqué par cette considération que dans les cas obsté-

tricaux qui deviennent justiciables d'une intervention opératoire, l'effort, la plupart du temps, est devenu très-affaibli, inefficace ou nul, soit par l'épuisement dû à la prolongation du travail, soit par le fait d'une présentation anormale qui ne permet plus à la partie fœtale qui se trouve vers l'orifice utérin, d'y réveiller l'action réflexe produisant l'effort.

Une autre preuve de cette influence que j'accorde à l'effort se trouve encore dans le fait qu'on ne voit pas les opérations obstétricales, pour lesquelles on a chirurgicalement anesthésié, être suivies beaucoup plus que ne le sont ordinairement les accouchements simples, d'issues fatales vraiment attribuables au chloroforme, ainsi que cela n'arrive que trop souvent en chirurgie. Cette immunité, dont je ne veux pas cependant exagérer l'importance, pourrait bien tenir à cet effet bien connu, que dans la plupart des interventions manuelles ou instrumentales, on voit se réveiller à un moment donné et par le fait de la seule excitation utérine causée par la présence de la main ou des instruments, ces contractions et ces efforts dont le retour, quelque gênant qu'il soit pour l'opérateur, devient pour nous, ici comme dans l'accouchement naturel, une garantie très-appréciée contre les accidents chloroformiques.

Avant que l'observation ne vînt donner de la consistance à l'idée que l'*effort* pouvait jouer un certain rôle dans l'innocuité généralement reconnue de l'anes-

thésie obstétricale, nous expliquions déjà cette immunité, non pas chez les femmes *grosses*, comme on nous l'a fait dire à tort, mais chez les femmes *en travail* (ce qui, dans l'espèce, est bien différent), par l'éréthisme circulatoire, respiratoire et nerveux, lequel pouvait sans doute, dans le cours du travail lui-même, créer une certaine résistance à l'intoxication chloroformique au profit d'un organisme à vitalité momentanément exaltée[1]. Aujourd'hui, nous sommes en présence, d'un côté, d'une *anémiation relative des centres nerveux*, affirmée de nouveau par Cl. Bernard dans une publication récente[2], et, d'un autre côté, en présence d'une *hyperémiation du cerveau pendant l'effort*, condition relative peut-être, — d'après les recherches de M. Guyon, — quant à la congestion *artérielle* du cerveau, mais néanmoins très-réelle, efficace et salutaire quant à la stase *veineuse* qui s'y produit[3]. Si, en outre, on considère les faits de désanesthésiation partielle pendant un autre genre d'effort (celui du vomissement) observés par MM. Coÿne et Budin, dans le cours des anesthésies chirurgicales, et qu'ils ont fait connaître[4] depuis la publication de mes deux premiers Mémoires, il semble que tous ces

[1] Campbell, *Mémoire sur l'anesthésie obstétricale*, p. 20.

[2] Claude Bernard, *Des anesthésiques et de l'asphyxie*, 1875.

[3] F. Guyon, *Note sur l'arrêt de la circulation carotidienne pendant l'effort prolongé*. Archives de Physiologie, 1er vol., janvier 1868.

[4] Coÿne et Budin, Mémoire cité in *Archives de physiologie*, 1875, p. 61, observations II, IV, VII et XV.

faits ne peuvent qu'être favorables à cette théorie, laquelle s'affirmerait, enfin, par les effets déjà connus de l'*inversion totale*. Ces résultats sont encore confirmés par des expériences plus récentes de M. Bergeron, faites avec l'émétine et qui ont prouvé que les *vomissements* provoqués chez les chiens chloroformés « *déterminaient brusquement le retour de la sensibilité*[1]. »

On peut donc dire que dans la tactique des inhalations chloroformiques, ce n'est ni le dosage même de l'agent anesthésique, ni son intermittence, sa suspension et sa reprise, qui constituent tout le problème. Car ce problème consiste, tout en rendant l'accouchement indolore, à rendre, en outre, l'anesthésie elle-même exempte d'inconvénients et de danger.

N'avons-nous pas vu, en effet, qu'il y a là un élément de plus, l'*effort*, dont il faudra tenir compte? Nous y reviendrons, en temps et lieu, au double point de vue de l'influence que l'anesthésie exerce sur lui et de celle que l'effort peut exercer sur l'anesthésie. En attendant que des recherches nous en apprennent davantage sur ce problème obstétrical, il faut considérer que nous avons affaire à un facteur qu'il ne faut jamais éliminer, si nous ne voulons pas atteindre la fonction elle-même dans ce qu'elle a de plus essentiellement vital. Ce n'est plus à anesthésier tel ou tel

[1] Bergeron, *Le chloroforme dans la chirurgie des enfants*, p. 22.

point du trajet douloureux qu'il faudra consacrer exclusivement tous ses soins, c'est pendant toute la longueur de cette voie douloureuse qu'il faudra vouloir sauvegarder l'effort moteur, et l'on verra, de son côté, celui-ci s'approprier pour ainsi dire le degré d'anesthésie qui convient, et l'adapter, de concert avec l'accoucheur, aux circonstances les plus opportunes du travail. Mais il faut, pour cela, que l'anesthésiste sache fournir le chloroforme à propos, d'une manière synchronique avec la contraction utérine, à moins que, pour une indication spéciale, il n'ait intérêt à anesthésier pendant les intervalles des contractions. Il faut qu'il sache renforcer, diminuer ou suspendre les doses de l'agent éthérique, selon ce que le *toucher* lui aura appris sur les conditions anatomiques et physiologiques propres aux diverses stations du chemin que l'œuf est en train de parcourir et aussi selon ce qu'il constatera relativement à certaines mutations de rapport que la *présentation* peut affecter à tel ou tel moment de l'acte puerpéral.

Si, par exemple, on a commencé les inhalations au moment où la dilatation est à peu près complète, la tactique consistera à les accentuer pendant la série de contractions et d'efforts destinés à pousser l'œuf à travers l'orifice utérin. Une fois l'orifice franchi et pendant le trajet vaginal on pourra, dans tous les cas, diminuer les doses et éloigner les inhalations pendant un certain temps, même s'il s'agit d'une posi-

tion occipito-postérieure du sommet. On les reprendra dès que le sommet se sera rapproché du détroit inférieur, et pour une première position du sommet qui marche régulièrement on ne les cessera qu'à la terminaison de l'expulsion. Pour une seconde position non réduite, au contraire, on doit se demander s'il ne faut pas attendre un peu plus afin de permettre à toute la force expulsive de s'exercer en plein pour produire la rotation de la tête, tout en facilitant cette rotation au moyen de l'application du doigt derrière l'oreille du fœtus, d'après le procédé indiqué par M. Tarnier[1]. On peut tenter au moins cet expédient, puis reprendre l'anesthésie et voir si, l'effort persistant toujours, la conversion s'accomplira, et, dans le cas contraire, pousser un peu plus loin l'anesthésie. Si la rotation n'est pas obtenue après un certain temps, on interviendra alors par une application de forceps, après avoir mené l'anesthésie jusqu'au degré chirurgical.

J'ai voulu mettre en relief l'incident des positions occipito-postérieures devenues irréductibles, parce que c'est alors qu'on assiste le plus souvent à un exemple de la conversion nécessaire d'une anesthésie normalement commencée en une anesthésie opératoire, bien qu'on ait pris le soin de protéger l'effort et de n'intervenir que lorsqu'on est persuadé qu'il

[1] Voir *Annales de Gynécologie*, t. IV, p. 435.

restera inefficace pour la terminaison spontanée de l'accouchement.

En résumé, le point capital consiste en anesthésie obstétricale, à ne point atteindre, — à moins d'indications spéciales, — ni dans son intensité ni dans sa fréquence normales, la contraction utérine à la première période, et surtout son congénère, l'effort, à la deuxième période. Le point essentiel est de ne pas paralyser les muscles auxiliaires de la parturition qui bien qu'étant les mêmes qui président à l'acte respiratoire, semblent pouvoir être atteints par l'anesthésie en tant que contribuant à l'effort, bien avant qu'ils puissent être affectés de parésie, comme muscles essentiels de la respiration. Ne voit-on pas, en effet, très-souvent cesser tout effort obstétrical chez des parturientes endormies qui respirent très-normalement? Dès lors cela ne tient-il pas à ce que dans la progression ascendante de l'anesthésie, la sensibilité à la pression a été atteinte avant cette sensibilité qui donne lieu à l'excitation d'où naissent les mouvements automatiques de la respiration?

Il y a là, si je ne me trompe, un exemple de dissociation non-seulement des phénomènes de sensibilité (Bouisson, Guibert, Budin), mais aussi d'inversion des phénomènes d'innervation générale auxquels peut donner lieu l'anesthésie, phénomènes que je ne prétends pas expliquer physiologiquement, mais que je rapprocherais volontiers de certains états signalés dans

le domaine des affections nerveuses. Ne dirait-on pas, en effet, qu'on est parfois en présence, ici non moins qu'en pathologie, de phénomènes anesthésiques atteignant non-seulement la périphérie des divers centres nerveux et les origines apparentes des expansions nerveuses, mais la trame profonde des masses nerveuses elles-mêmes, cette terre pour laquelle une géographie descriptive ne suffit déjà plus et qui attend une géologie topographique minutieuse à laquelle, du reste, tout le monde travaille aujourd'hui.

C'est donc en présence des innombrables faits heureux dont la narcose obstétricale peut se prévaloir dans le monde entier, c'est en l'absence d'un seul cas de mort qu'on puisse légitimement attribuer à l'emploi de l'éthérisme tel qu'il a été adopté dans l'accouchement physiologique, que je fondais sur l'existence de l'*effort* comme caractéristique de la parturition, l'idée d'une certaine immunité contre les accidents auxquels pouvaient être exposées les femmes soumises à l'anesthésie obstétricale. Pour les parturientes il m'avait déjà paru probable que, en dehors de la question de sexe (Sansom) et des modifications organiques dues à la grossesse, les conditions de surexcitabilité nerveuse et d'éréthisme vasculaire développées par le travail, devaient les préserver, jusqu'à un certain point, des atteintes aussi rapides et aussi profondes d'un agent toxique, absorbé par voie d'inhalation.

Le fait d'une anémiation relative des centres ner-

veux pendant la chloroformisation — fait que je connus en 1869, par la thèse d'un des élèves de Cl. Bernard, M. Naranjo — semblait confirmer l'idée que j'avais eue d'un antagonisme quelconque, et j'entrevis dès lors que cet antagonisme devait avoir lieu entre cet état nouvellement signalé et les conditions d'hypérémie périphérique visible chez toutes les parturientes arrivées à la fin de leur accouchement. De là à concevoir dans cette hypérémie généralisée une hypérémie locale fort importante, celle du *cerveau*, et à reconnaître l'*effort obstétrical* comme la cause efficiente de cette dernière, il n'y avait qu'un pas. C'est alors que me revint à l'esprit, en connexion avec les données de l'éminent professeur du Collége de France, le souvenir du fait d'inversion *totale* pratiquée par Nélaton, manœuvre à laquelle une malade opérée par Sims avait dû de ne pas succomber à une *syncope* chloroformique. Ces idées, signalées dans mon premier Mémoire, je les développai dans un second travail[1] qui fut publié quatre mois après le premier et dont la quatrième partie, sous ce titre : *De l'effort obstétrical*, parut simultanément dans les numéros 11 et 12, 1874, du *Journal de thérapeutique* et dans le numéro de mai 1874 du journal *The Practitioner* de Londres.

Dans ce travail qui n'avait qu'un but, celui de développer l'idée de l'influence de l'effort pendant l'a-

[1] *Études sur la tolérance anesthésique obstétricale*, observation d'inversion totale, p. 34.

nesthésie obstétricale, j'étayais ma démonstration des données connues sur le mécanisme de la cause de mort la plus fréquente en anesthésie, la syncope. Je l'étayais encore des expériences de Cl. Bernard qui concluent à une anémiation relative des centres nerveux pendant l'anesthésie et enfin des expériences physiologiques et des observations pathologiques qui prouvent la valeur de la *position horizontale et invertie* dans la cure de l'anémiation cérébrale. J'y apportais, en outre, un fait personnel observé depuis la publication de mon premier mémoire et qui m'a paru capital en ce qu'il révélait, précisément chez une femme en travail, cette influence de l'effort que j'avais soupçonné devoir jouer un rôle pendant l'anesthésie obstétricale. Cette observation et les considérations qui en ressortent trouveront leur place dans la seconde partie de ce Mémoire, où il sera traité de l'influence exercée par le travail sur l'anesthésie.

XV

Le 30 juin 1874, M. le professeur Gubler voulut bien faire hommage en mon nom à l'Académie de méde-

cine des deux Mémoires dont il vient d'être question. M. Depaul fit à ce propos quelques observations[1]. Après avoir rappelé ce que les chirurgiens ont l'habitude de désigner sous le nom d'anesthésie, il dit : « M. Campbell n'a jamais produit chez ses femmes ce genre d'anesthésie et jamais ou presque jamais il n'est arrivé à déterminer la perte absolue de la sensibilité et de la connaissance. Il s'est contenté de donner du chloroforme à très-petites doses, de manière à obtenir une certaine insensibilité ; mais jamais il n'est allé jusqu'à l'anesthésie chirurgicale proprement dite.

« Je ne voudrais pas qu'on pût croire, — continuait-il, — qu'on a pu endormir impunément avec le chloroforme 942 femmes en travail sans qu'il survînt le moindre accident. Ces accidents ne sont malheureusement pas inconnus et je pourrais citer des exemples de morts subites survenues chez des femmes en couches à la suite de quelques inhalations de chloroforme faites dans un but anesthésique. Pour ce qui est de la chirurgie, malheureusement on ne les compte plus. Je ne suis pas l'ennemi du chloroforme, mais je demande qu'on s'en serve avec une certaine mesure, et je crois que pour les cas de parturition simple, qui est la plus commune, on peut parfaitement s'en passer. »

M. Gubler répondit : « M. Depaul paraît être de

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. III, n° 26, p. 583, séance du 30 juin 1874.

ceux qui ne connaissent ni nuances ni degrés, et pourtant il faut en admettre dans l'action physiologique et anesthésique du chloroforme. On peut obtenir cette anesthésie à tous les degrés, et il n'est pas nécessaire, dans l'immense majorité des cas, d'arriver à l'insensibilité et à la perte de connaissance absolue. Il suffit souvent de déterminer une légère insensibilité chez une femme nerveuse ou pusillanime pour faciliter le travail de la parturition ou en éviter certains inconvénients. C'est ce degré d'anesthésie variable, suivant les cas, que M. Campbell a cherché à obtenir en administrant à ses malades des doses plus ou moins fortes de chloroforme. Il n'a jamais dit qu'il fallait aller jusqu'à la perte de connaissance complète, et dans sa pratique il s'est presque toujours contenté de cette insensibilité légère à laquelle on a même donné le nom d'*anesthésie obstétricale* pour bien la spécifier. L'observation de M. Depaul ne me paraît donc pas avoir la portée qu'il lui attribue. »

M. Depaul : « Je n'incrimine nullement la pratique de M. Campbell, et je n'aurais certainement pas fait ces observations si M. Gubler, en présentant le travail en question, avait donné ces explications et fait ces réserves.... M. Gubler dit qu'il y a des degrés différents dans l'anesthésie ; sans aucun doute, et ce que j'ai voulu faire remarquer surtout, c'est que dans le cas actuel l'anesthésie obstétricale de M. Campbell n'était pas l'anesthésie proprement

dite, comme l'entendent les chirurgiens..... »

M. Gubler : « L'anesthésie légère est encore de l'anesthésie proprement dite. M. Depaul suppose un peu trop facilement que ses collègues ont besoin d'explications. Il a voulu faire remarquer qu'il fallait, dans le cas d'accouchements, se contenter d'une anesthésie légère, et ne pas chercher une perte de connaissance absolue. Cette remarque me paraît superflue, et certainement tout le monde avait compris qu'il devait en être ainsi. »

Tel fut l'incident qui surgit à propos de la présentation de ces Mémoires à l'Académie de médecine. On peut voir d'ailleurs, que les idées si nettement émises, à cette occasion, par le professeur Gubler, ne lui étaient pas suggérées seulement pour les besoins du débat alors engagé. Elles se trouvaient déjà développées dans les pages qu'il avait consacrées à l'*anesthésie obstétricale* dans ses *Commentaires thérapeutiques du Codex*, pages 887 et 898, dont la deuxième édition parut au commencement de 1874.

XVI

Si j'ai dû, dans les pages qui précèdent, relever quelques inexactitudes échappées à la critique qui s'est occupée de mes premiers Mémoires, et répondre à quelques-unes des objections qui ont suivi leur publication, on comprendra, je l'espère, que je ne pouvais faire moins; d'abord pour la méthode qu'on attaque, puis pour moi-même, que l'on considérait peut-être, très à tort, comme « l'exposant de la méthode, » enfin pour le lecteur, qui n'aura pas été fâché, je pense, de rencontrer aussi quelques explications devenues indispensables. C'est à ces divers titres qu'on voudra bien me pardonner de m'être autant attardé à ces considérations du passé.

Procédant maintenant de l'ensemble des faits aux détails, et regardant l'avenir, il me resterait à exposer le programme de ce que doit contenir la *deuxième partie* de ce Mémoire, partie dont les matériaux sont prêts, mais dont la publication a été retardée jusqu'ici par des causes indépendantes de ma volonté.

La *Deuxième partie* du présent Mémoire sera intitulée : *la Parturition et l'Anesthésie*. Elle devra comprendre, comme son titre l'indique, une étude de la parturition au point de vue de l'anesthésie, et réciproquement une étude — faite d'après les dernières recherches — de l'anesthésie considérée dans ses rapports avec la parturition. Elle contiendra aussi une *collection d'observations* dont la plupart me sont personnelles. L'exposé des opinions, primitives ou actuelles, des principaux accoucheurs qui ont pratiqué l'anesthésie obstétricale dans l'accouchement naturel, formera une série de *pièces justificatives* jointe à cette *Deuxième partie*.

Mais en présence de la solennité scientifique de Genève, dans laquelle était mise en avant la question de l'*emploi des anesthésiques pendant l'accouchement naturel*, j'ai cru faire œuvre utile en scindant ici mon travail pour en présenter au Congrès un résumé qui, se rattachant à mon passé d'accoucheur anesthésiste par l'analyse qu'on vient de lire de mes premiers Mémoires, conduirait, par ce qui me reste à dire, à l'étude déjà annoncée sur *la Parturition et l'Anesthésie*.

Ce résumé est suivi de *conclusions*, qui pourront sembler anticipées relativement au moment de leur apparition, mais qui ne pourront jamais être différentes de ce qu'elles sont actuellement, attendu qu'elles ressortent de faits depuis longtemps observés.

En agissant ainsi, j'ai voulu surtout répondre à la flatteuse invitation d'assister au Congrès de Genève que m'ont fait l'honneur de m'adresser deux de nos honorables confrères, membres tous deux de la *troisième section* (accouchements, gynécologie), MM. le docteur Odier, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève, et le docteur Piachaud, ex-chirurgien en chef du même hôpital, rapporteur.

J'ajoute aujourd'hui les sincères remercîments que je dois à M. le docteur Gautier, président de la section, qui a bien voulu faire figurer mon nom parmi ceux des *présidents d'honneur*, à la séance du 11 septembre dernier.

XVII

D'un côté le désir, fort naturel, que doit avoir tout médecin de soulager la parturiente confiée à ses soins, mais aussi, d'un autre côté, la crainte fort salutaire de dépasser le degré suffisant d'anesthésie qui soulage pour arriver aux doses compromettantes, tels paraissent être les premiers mobiles qui animent et retiennent à la fois l'accoucheur lorsqu'il entreprend

d'anesthésier une femme qui accouche naturellement.

Quant à moi, l'exemple de mes devanciers en anesthésie obstétricale était là pour me guider; mais n'ayant eu que rarement l'occasion de pratiquer moi-même l'anesthésie chirurgicale, — tout en ayant observé très-souvent ce degré de narcose, — mes appréhensions n'en furent qu'augmentées quand il fallut appliquer ce genre d'anesthésie à des accouchements simples. Je fis naturellement alors ce que bien d'autres praticiens ont fait avec moi; je ne me hasardai à donner l'éther ou le chloroforme qu'à des doses petites et intermittentes, et surtout en vue d'obtenir l'indoloréité pour la fin de l'accouchement.

L'observation et la lecture des auteurs aidant, on ne tarda pas à trouver que, sans pousser l'anesthésie jusqu'aux exigences chirurgicales, on pouvait enlever à tel point la conscience des phénomènes qui caractérisent le travail, — sauf peut-être le sentiment de la *pression*, — et tellement diminuer, voire même annihiler la sensation de la *douleur*, que cette modification des angoisses de la parturition fût unanimement reconnue par les femmes comme un bienfait, et par l'accoucheur comme un état répondant bien à l'espoir qu'il en avait conçu au point de vue de la thérapeutique de la douleur.

Entre temps étaient venues les études des physiolo-

gistes et les observations pratiques des chirurgiens.

Je signalerai, avant les autres, les travaux de ces derniers, parce que ce sont les chirurgiens qui, pratiquement parlant, ont ouvert la voie à l'anesthésie des accoucheurs, en signalant l'imperfection, au point de vue chirurgical, de certaine condition de narcose qui se bornait à dissocier les éléments de la sensibilité sans les anéantir complétement. Or, cette condition, qui par son imperfection même ne satisfait, en aucune façon, la majorité des opérateurs, devait précisément correspondre aux visées des accoucheurs; et le jour était proche où l'on essayerait de faire de cette anesthésie incomplète, ou demi-anesthésie, dédaignée par les chirurgiens, l'anesthésie propre aux accouchements naturels.

Les exemples de Blandin et de Baudens, l'œuvre, si complète encore aujourd'hui, du professeur Bouisson de Montpellier[1], et surtout le remarquable discours que le docteur Amédée Forget prononçait à la Société de chirurgie, dans la séance du 27 juillet 1853[2], contribuèrent à jeter les éléments d'une question qui ne devait se poser nettement que plus tard.

M. Forget signalait, pendant la discussion du rapport de M. Robert sur l'anesthésie chirurgicale, une

[1] Bouisson, *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique*, 1850.

[2] *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1853 54, t. IV, p. 45.

série de faits empruntés à la pratique de M. Hervez de Chégoin (plus un fait très-remarquable où Hervez de Chégoin lui-même avait subi une opération pratiquée par Michon), série de faits dont les conditions toutes spéciales devaient faire faire un pas immense à cette question d'une narcose incomplète que les accoucheurs allaient bientôt s'approprier. Il s'agissait d'observations d'*anesthésie incomplète*, qu'on avait trouvée suffisante pour une certaine classe d'opérations; mais on ne paraît pas en avoir prévu la connexion possible avec les faits d'anesthésie obstétricale, que Houzelot, Laborie et Danyau devaient, dix mois plus tard, faire prévaloir devant la même Société savante.

Puis vinrent le Mémoire du docteur Houzelot, de Meaux[1], le rapport de Laborie, dont ce mémoire fut l'objet à la Société de chirurgie, le discours de Danyau, prononcé à cette même occasion[2]; travaux qui jetèrent tous un grand jour sur la théorie et la pratique de ce nouveau genre d'anesthésie.

M. Danyau a même été un des premiers, je crois, qui ait nettement signalé l'applicabilité de l'anesthésie à la période de dilatation, non-seulement dans les cas où cette dernière est retardée par ce que Laborie, dans son rapport, avait appelé des *contrac-*

[1] Houzelot, *De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple*, 1853.

[2] *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1853-54, t. IV, p. 560.

tions pathologiques caractérisées par leur continuité et leur insuffisance, mais aussi dans les cas où « la dilatation est lente et douloureuse ». Danyau appelait ainsi d'une façon spéciale l'attention des accoucheurs sur le fait d'aller, avec l'anesthésie, au-devant de certaines conditions défavorables de la dilatabilité de l'orifice utérin.

Simpson, au contraire, qui avait commencé (et en cela la majorité des anesthésistes l'ont imité) par ne désirer l'indoloréité que pour la terminaison seule de la période expulsive [1], et qui, ainsi que le prouve le relevé publié par lui de ses premiers faits d'anesthésie pendant l'accouchement naturel, n'avait guère eu affaire qu'à des multipares (dans la proportion de 3 sur 4 cas), et chez lesquelles il existait même une dilatation complète ou à peu près, Simpson, dis-je, au lieu d'entrer dans aucun détail sur ce point, au cours de ses observations particulières, se contente de dire, à la fin d'un de ses chapitres, « qu'il avait l'habitude de commencer l'emploi du chloroforme quand l'orifice utérin était pleinement dilaté (*well dilated*), ou vers la fin de la première et le commencement de la seconde période du travail. Mais, ajoute-t-il, quand les douleurs ont été fortes, je l'ai commencé plutôt et à un moment où l'orifice utérin n'était que peu dilaté. Il n'y a, je crois (dit-il en terminant), aucune

[1] *Anæsthesia*, ch. I, p. 91-92; ch. II, p. 102.

limite pour l'instant (*the date*) du travail où l'on peut donner le chloroforme[1]. »

Le 24 mai 1854, devant la Société de chirurgie de Paris, Danyau fut plus explicite. Il formula, pour ainsi dire, l'indication de l'anesthésie pour la fin de la première période, et cela, je dirais presque au détriment de celle qu'on réservait généralement à la période expulsive[2]. Il y a là un fait et une date à retenir. Le fait consiste en une extension réelle donnée à notre anesthésie obstétricale, et ce fait suggère naturellement l'idée de la différence qui doit exister, au point de vue de la réussite facile de l'anesthésie, entre l'état de primiparité et l'état de multiparité, question dont il nous a paru qu'on a peu tenu compte jusqu'ici et que nous nous réservons d'étudier plus tard.

Nous reviendrons aussi, dans la *Deuxième partie* de

[1] *Anæsthesia*, ch. VII, p. 150.

[2] Danyau, Discours à la Société de chirurgie. Voir *Bulletin de la Société*, 1853-54, t. IV, p. 560. Voici ses propres paroles : « Ces divers motifs me font penser que, dans les accouchements naturels, il faut encore user avec modération du chloroforme, même à dose simplement atténuante. Cette réserve ne va pas cependant jusqu'à en limiter l'usage au cas où la rigidité de l'orifice donne aux contractions utérines un caractère vraiment pathologique ; je pense qu'on peut aller plus loin et y recourir dans ceux où la dilatation est lente et très-douloureuse, dût-on d'ailleurs y renoncer plus tard, au début de la période de l'expulsion, en général beaucoup moins pénible et d'ailleurs presque toujours si vaillamment supportée par les femmes. Je ne l'exclus pas non plus de cette dernière partie du travail si elle doit être longue, difficile et par conséquent accompagnée de très-vives douleurs, mais à la condition qu'une attention égale pourra être donnée à la chloroformisation et à l'accouchement. »

ce Mémoire, sur cette autre question que réveillent quelques-unes des paroles de la citation que j'ai faite du discours de Danyau, celles où il s'agit de la façon dont les femmes « supportent presque toujours si vaillamment » les douleurs de la période d'expulsion. » Il y a, sur ce point, une telle divergence dans les opinions rapportées par divers accoucheurs des différents pays, entre ceux qui ont écrit *avant* l'introduction de l'anesthésie et ceux qui ont écrit *depuis*, entre ceux qui la défendent et ceux qui l'attaquent, qu'on en vient à se demander si c'est bien le même fait qui a été observé de part et d'autre, ou si quelques-uns n'ont pas omis de faire, dans cette période du travail, au point de vue des différences dans la douleur subie, les divisions nécessaires. On se demande enfin, en comparant surtout les descriptions des auteurs français avec celles des auteurs anglais, américains et allemands, si, dans l'optimisme des premiers et le pessimisme des autres, eu égard à la tolérance de cette douleur chez les parturientes qu'ils ont observées, il ne faut pas voir un reflet de cette loi qui existe, paraît-il, pour le traumatisme chirurgical, et qui reconnaît une différence dans la vitalitédes tissus comme dans l'habitus moral chez les opérés de races et de nationalités différentes.

Les accoucheurs, de leur côté, qui avaient d'abord suivi tous les errements de Simpson *éthérisant* ses patientes, entourés soit d'approbation, soit d'opposi-

tion, selon les effets obtenus dans leurs tentatives, en vinrent bientôt, comme Simpson lui-même, entraînés plus encore par la nature nouvelle des choses que par leur volonté raisonnée, à graduer les doses, à les rendre plus petites, intermittentes, bien différentes, en un mot, de celles qu'on avait l'habitude d'administrer dans le cours de la seule anesthésie qu'on eût connue jusqu'alors. C'est quand il eut abandonné l'emploi de l'éther et qu'il eut en main le chloroforme tout récemment introduit par lui-même dans la pratique à titre d'agent plus rapide et moins excitant dès le début de l'anesthésie, que l'éminent accoucheur d'Édimbourg formula la nouvelle loi des doses en conservant toutefois de ses derniers errements éthériques (et à tort selon nous) la *première dose massive* (*the first full dose*). Le 25 novembre 1847, il disait ceci : « Dans le travail naturel, il n'est pas besoin de donner le chloroforme à aussi hautes doses qu'en chirurgie. Après la première *pleine* dose, quelques inhalations avant le retour de chaque contraction utérine suffiront le plus souvent. L'anesthésie doit être rendue plus profonde à mesure que la tête accomplit la traversée périnéale et vulvaire. S'il se trouve que la narcose devienne extrêmement profonde, et cela sans nécessité, elle diminuera sans doute ou même suspendra momentanément les contractions utérines[1].... »

[1] Simpson, *Anæsthesia*, p. 206-207.

Peu à peu se répandit dans toute la Grande-Bretagne, autour de l'anesthésie obstétricale, comme une insinuation défavorable, la remarque générale (très-vraie au fond) que, sans qu'on eût besoin de la porter à beaucoup près jusqu'aux limites extrêmes que Simpson avait dénoncées comme inutiles dans les accouchements naturels, elle n'en produisait pas moins et très-fréquemment une certaine altération dans la fréquence et dans l'intensité des contractions utérines. Mais soit que le ralentissement qui pouvait en résulter pour une certaine partie du travail eût paru *compensé* suffisamment, et même au delà, par une rapidité acquise à une période plus avancée du travail; soit surtout, parce qu'aucun cas fatal n'était venu interrompre ce procédé déjà entré dans les habitudes de tous, le fait est qu'on laissa ainsi aller les choses jusqu'au jour où la Société Royale Médico-Chirurgicale de Londres, voulant savoir à quoi s'en tenir sur la réalité du fait signalé, fit faire une enquête dont on trouvera le rapport traduit en français, dans la deuxième partie du présent mémoire, au chapitre des *Pièces justificatives*[1].

[1] « Rapport de la commission nommée par la Société royale médico-chirurgicale de Londres pour étudier l'application et les effets physiologiques, thérapeutiques et toxiques du chloroforme, etc.» Londres, 1864.

Ce document a été, je crois, peu connu du monde médical français. Je l'ai trouvé mentionné, pour les règles qui y sont formulées, dans l'excellente thèse du docteur Frédet (de Clermont-Ferrand), intitulée : *De l'emploi du chloroforme dans les accouchements*, etc., 1867, p. 81.

Le fait de l'altération de certaines conditions du travail par une anesthésie même incomplète fut reconnu réel à une très-forte majorité d'opinions. Il résulta de cette enquête qu'on sut au moins qu'on avait affaire à un phénomène relativement peu compromettant, et il en sortit un code de lois destinées à ne jamais laisser dépasser telle ou telle indication. On venait donc d'acquérir la certitude que ces conditions n'étaient pas dues uniquement, comme on l'a prétendu depuis, à une anesthésie véritablement dangereuse, ni même à une narcose qui fût tout à fait semblable à celle que veut la pratique de la chirurgie. Le fait était là, mais l'explication restait encore à trouver.

Avant, pendant et depuis l'observation de ces phénomènes pratiques de l'anesthésie, les physiologistes en avaient, de leur côté, et principalement en France, étudié les conditions intimes et profondes : Flourens et Longet dès février 1847 ; Claude Bernard dans ses leçons au Collége de France en 1869, par la publication de son livre sur *les anesthésiques* en 1875, puis en 1876 par une communication faite à la Société de biologie. Ce sont ces travaux qu'il sera toujours bon de consulter dans la question pratique de l'anesthésie obstétricale.

Voilà le résumé des principes généraux et des motifs particuliers qui ont paru dominer la pratique de notre anesthésie telle qu'elle a été comprise par nous; et c'est là la progression suivie dans le développe-

ment que la question a pris à notre point de vue spécial. Ces motifs et cette progression devront se refléter dans la classification des faits au fur et à mesure qu'on a pu y faire coopérer les découvertes dues à l'observation et à l'expérience.

Mais pour bien faire comprendre la valeur de cette classification, qui devra tenir compte des modifications graduellement introduites par les progrès de la science, nous avons cru devoir faire en même temps une étude anatomique et physiologique qui sous le nom de « *Parturition et Anesthésie* » formera, comme nous l'avons dit, la *Deuxième partie* de ce Mémoire et dans laquelle toutes les conditions d'action réciproque entre ces deux facteurs seront déterminées.

De cette étude comparative, générale et particulière, des phénomènes du travail naturel et de celle de la narcose chloroformique qu'on veut lui appliquer, ressortiront clairement définies, nous l'espérons, la plupart des particularités les plus intéressantes de l'anesthésie obstétricale. La spécificité de cette dernière n'en tranchera que mieux sur l'ensemble des phénomènes de l'anesthésie générale lorsqu'on l'aura comparée à la narcose des chirurgiens et qu'on aura déterminé, autant que faire se peut dans l'état actuel de la science, l'action de la narcose chloroformique sur le travail et, réciproquement, celle du travail sur l'éthérisme.

On verra ainsi, par exemple, que de certaines dis-

positions anatomiques nous croyons pouvoir déduire le caractère de ces douleurs étrangères à l'utérus lui-même, *métastatiques*, comme les nommait jadis l'accoucheur anglais J. Power[1], et dont l'atténuation nous a paru assez importante et assez évidente, dès le début de l'anesthésie, pour que nous l'ayons signalée sous le nom de *soulagement initial simple*, péri-utérin ou *temps préliminaire* de l'anesthésie. Serons-nous aussi heureux quand nous chercherons dans une autre condition anatomique de l'utérus, produite par l'état de grossesse, à nous rendre compte, pour une partie du moins, de ce fait si réel de l'éloignement des contractions utérines et de la diminution de leur intensité dès les premières inhalations ; de ce phénomène encore inexpliqué, croyons-nous, mais que, à coup sûr, il n'est pas rationnel d'attribuer toujours aux effets d'une narcose extrême, voisine de la mort?

Nous n'avons voulu, en faisant les citations qui précèdent, que donner une idée de la tendance que nous voudrions imprimer à ces recherches. Quant aux questions plus pratiques, et, pour n'en citer qu'une des plus importantes, celle de la constitution anatomique des orifices utérin et vulvaire, au point de vue de l'anesthésie qui convient à chacun d'eux, elles occuperont bien entendu toute notre attention.

D'un autre côté, s'il est bien reconnu que c'est grâce

[1] John Power, *A treatise on Midwifery*, 2e édit., p. 55, 1823, chapter VIth on Metastatic Labour.

à certaines conditions physiologiques observées au cours de la chloroformisation pratiquée sur les animaux et sur l'homme qu'on a pu entrevoir la genèse toute particulière de l'anesthésie provoquée, il faut admettre aussi que jamais il n'a existé de conditions plus favorables pour voir se dissocier les éléments de la sensibilité que celles qui s'observent pendant le cours même de la fonction de la parturition. Celle-ci devient ainsi, pour l'accoucheur, une véritable expérimentation physiologique humaine, et, comme telle, la seule admissible, à notre avis, quand il s'agit d'avoir un compte rendu, à peu près exact, des sensations perçues ou non perçues par le *moi*. C'est encore grâce à certaines données anatomiques et physiologiques combinées et fournies par l'observation et l'expérience, qu'on pourra être amené non-seulement à fonder l'espoir d'une certaine immunité chez les parturientes soumises au chloroforme, mais encore à essayer de remonter jusqu'à la cause de cette immunité.

Cette tentative nous l'avons faite en prenant en considération toute particulière un des principaux éléments du travail lui-même, l'effort obstétrical. Nous avons même posé, d'abord comme hypothèse, puis comme une loi fort probable de garantie, cette influence à laquelle a dû salutairement obéir, avant même de s'en être rendu compte, la très-grande majorité des accoucheurs. De cette particularité toute

spéciale à l'anesthésie des accoucheurs, comparée aux visées bien plus complètes de la narcose chirurgicale, ressortiront enfin et l'analogie très-partielle des deux anesthésies et leur bien plus grande différence.

Ce sont de semblables données, étayées sur l'expérience multipliée des accoucheurs et, en quelques points, sur des observations qui me sont personnelles, ce sont ces données, dis-je, qui devront fournir une base pratique à la classification des faits.

Car pour nous, étant acceptées les idées émises par Cl. Bernard sur l'état de l'anémiation relative des centres nerveux pendant l'anesthésie chloroformique, l'effort, de par son action périodiquement hyperémiante, devra jouer un rôle prédominant dans la tactique de la chloroformisation applicable à l'accouchement naturel. L'effort, caractérisé par ses intermittences et ses variations, devra marquer sa place dans le schéma que nous aurons à tracer pour nous rendre compte des phénomènes de l'accouchement soumis à l'éthérisme, et l'on aura par là acquis, pensons-nous, la conviction qu'il est le modérateur de l'anesthésie, qu'il segmente, et qu'il en est en même temps la garantie, en ce qu'il la maintient dans de justes limites et la défend contre tout entraînement non voulu par nous, du côté des compromissions chirurgicales.

XVIII

Je ne suis pas sans savoir que, dans la classification des faits observés, ce n'est pas seulement leur nombre mais aussi leur valeur qu'il faut prendre en considération. Aussi je reconnais sans peine que les faits, au nombre de 947, qu'il m'a été donné d'observer, sont loin d'avoir tous la même valeur absolue ou relative, ni d'avoir tous la même portée. Je dois faire remarquer, cependant, qu'à ne les considérer qu'en masse, leur nombre n'est pas dénué d'intérêt, quand ce ne serait qu'au point de vue historique de la question de l'anesthésie obstétricale. Du moment qu'on est venu, d'un côté, nous apprendre, en parlant des prétendus dangers de cette anesthésie, que « l'on pourrait citer des exemples de mort subite survenue chez des femmes en couches à la suite de quelques inhalations de chloroforme faites dans un but anesthésique » et que, de l'autre, le même orateur veut bien ajouter « qu'il n'incrimine nullement la pratique de M. Campbell[1] », cette dernière phrase signifie, sans doute,

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. III, n° 26, séance du 30 juin 1874, p. 583.

que sauf les cas de mort plus ou moins tardive et en aucune façon attribuable au chloroforme, et que j'ai eu soin de signaler dans mon Mémoire, je n'en ai pas eu à déplorer d'autres à aucun degré de l'anesthésie dont j'ai fait usage neuf cent quarante-sept fois[1].

Ce résultat personnel, dont je suis loin de prendre avantage, quelque perdu qu'il soit dans l'océan de faits d'une immunité analogue, ne laisse pas d'être déjà assez digne de remarque, en ce sens qu'il prouve que pour peu qu'on ne vienne pas me contester d'avoir soumis mes patientes à une dose quelconque d'éthérisme, elles ont dû être forcément soumises, toutes sans exception, au moins aux dangers tant de fois signalés comme étant inhérents aux *premières inhalations*.

Mais, ceci admis, je ne veux pas dire non plus, qu'à partir de là, tous mes faits aient une égale valeur au point de vue de la quantité d'éthérisme permise par moi en telle ou telle conjoncture. Les différences — et

[1] Il nous sera peut-être permis d'insister davantage sur ces paroles prononcées à l'Académie, à nous qui, malgré bien des recherches, n'avons pas réussi à trouver un seul fait de mort, nettement attribuable au chloroforme, dans l'anesthésie des accouchements, et qui désirons connaître un peu plus en détail ces faits « que l'on pourrait citer », ne serait-ce que pour savoir, par exemple, si, quand l'accident mortel est arrivé dans ces cas, qu'on ne cite point, les *femmes en couches* étaient *en train d'accoucher* ou *déjà accouchées*, ce qui serait bien différent et ce que le mot « en couches » qui est à double sens (Dictionnaire de Littré) n'est pas fait pour déterminer exactement.

elles ont réellement existé à cet égard — ont tenu probablement à ce que tous mes faits n'ont pas été recueillis aux mêmes dates de l'histoire progressive de l'anesthésie obstétricale, ni avec le même degré d'habitude acquise dans la tactique des inhalations, ni avec la même instruction dans le maniement des faits idiosyncrasiques, ni peut-être avec la même disposition d'esprit de la part de l'observateur.

Sur les 947 faits d'anesthésie qui me sont passés sous les yeux et par les mains, les uns n'ont pas été notés au moment même du travail et ne peuvent guère être comptés que comme des négations répétées d'accidents immédiats quelconques. Ce sont, pour moi, aujourd'hui autant d'observations *incertæ sedis*, mais non inutiles.

Ils peuvent figurer, à un autre titre, dans ma récapitulation numérique de faits parce qu'ils sont, presque exclusivement, les premiers faits de ma clientèle privée et que, comme tels, je suis sûr au moins qu'ils étaient — comme ont été, depuis, ceux que j'ai notés avec le plus de soin — l'objet d'une anesthésie des plus réservées. Car, ainsi que je l'ai déjà dit, j'ai toujours été, en anesthésie, obsédé d'une certaine préoccupation timorée, dont je ne tiens nullement à me défaire même aujourd'hui, tant elle me paraît devoir être, ici comme ailleurs, la première garantie de la sagesse des entreprises.

Placé entre les audaces toutes magistrales de Simp-

son — dont je n'osais jamais, je l'avoue, adopter les *pleines doses initiales* — et la judicieuse prudence de mon maître, Paul Dubois, — dont je confesse d'avoir parfois regretté les lentes réserves, — je me contentais de viser à obtenir, vers la fin du travail, une expulsion indolore. Ce n'est que bien plus tard, après que M. Danyau eut fait connaître au public médical et m'eut particulièrement relaté en détail les faits qu'il avait observés à la Maternité, en 1854, que j'osai faire remonter, quoique bien rarement encore, l'influence anesthésique jusqu'à la période du travail où se fait l'engagement de l'œuf à travers l'orifice utérin, et là, obtenir un demi-sommeil que je ne maintenais déjà plus aussitôt que la tête de l'enfant avait pénétré dans le vagin, mais que je savais reprendre pendant qu'elle franchissait les derniers obstacles combinés de l'orifice vaginal, du périnée et de la vulve.

Cependant et à mesure qu'on avançait dans la pratique de cette anesthésie discrète et très-sauvegardée, tout en laissant prendre à l'indoloréité procurée à la femme une plus grande part en *étendue* et en *durée*, les faits d'innocuité d'une pratique similaire se multipliaient à l'infini partout, excepté en France. Ils s'accumulaient autour de nous par milliers. On était absolument étonné de voir que cette immunité des femmes parturientes contre les accidents chloroformiques était si générale. Je l'attribuais, quant à

moi, à l'éréthisme vasculaire et nerveux se produisant pendant le travail et s'opposant à une intoxication chloroformique trop prononcée.

Plus tard survint ce fait si impressionnant pour moi et que je vois encore, où pendant une opération chirurgicale pratiquée par Marion Sims, Nélaton eut recours à une inversion totale du corps de l'opérée, pratique à laquelle il a dû en hyperémiant mécaniquement le cerveau de cette femme qui se mourait par syncope chloroformique, de la rappeler à la vie (novembre 1861).

Enfin parurent les leçons du professeur Cl. Bernard sur l'anémiation relative des centres nerveux pendant l'anesthésie (1869).

Nous savions, de par Nélaton, que contre l'intoxication chloroformique l'*horizontalité* et l'*inversion totale* étaient de salutaires pratiques; l'éminent professeur du Collége de France devait nous révéler la théorie de ces faits.

Ces idées sur les conditions générales et locales de l'anesthésie provoquée semblent avoir été, pour l'anesthésie obstétricale en particulier, le commencement d'une ère nouvelle. Cette anémie relative des centres nerveux, au cours de la narcose chloroformique, ne semblait-elle pas rendre compte du succès de la pratique de l'inversion totale, laquelle faisait arriver au cerveau plus de sang ou peut-être y maintenait un autre sang moins chargé, au retour, d'agent délétère?

J'étais fortement préoccupé de la relation possible et probable entre ces deux faits, l'un tout de pratique et l'autre de pure physiologie. Je ne tardai pas à trouver la cause de l'innocuité universellement proclamée de l'anesthésie obstétricale. Cette cause devait pouvoir hyperémier, sinon constamment, comme l'horizontalité ou l'inversion, du moins à certains intervalles, la masse nerveuse centrale qu'on venait de nous montrer affectée d'anémie relative. Cette cause qui pour être effective devait exister dans tout accouchement normal, cette cause qui ne devait, quand nous compterions sur elle, ni ralentir le travail par une absence trop longue, ni effacer par de trop fréquents retours nos effets anesthésiques, cette cause, nous l'avions à tout instant sous la main, sous les yeux, c'était l'*effort obstétrical*[1].

Ce n'est pas le lieu de rappeler ici l'étude que j'ai faite de l'effort obstétrical (1874), ni, comme conséquence de cette étude appuyée d'abord sur un fait-type et plus tard sur des faits analogues empruntés à la chirurgie et à l'expérimentation, le rôle que j'ai cru pouvoir lui faire jouer pendant l'anesthésie ob-

[1] L'Effort ou les Efforts dont les Romains avaient fait des dieux, *Di Nixi*, étaient les seules divinités mâles qui présidassent aux enfantements, tandis que Lucine et une infinité d'autres déesses étaient les protectrices des femmes en travail.

Lucinam Nixosque pari clamore vocabam,

dit Alcmène, parlant de son accouchement, dans les *Métamorphoses* d'Ovide. (Sacombe, *Lucine Française*, t. I, p. 38.)

stétricale. Cette question se présentera, d'ailleurs, dans la *Deuxième partie* de ce Mémoire.

XIX

Avant de pouvoir répondre à la principale objection formulée au sein de l'Académie de médecine contre notre méthode, et qui consistait à dire que « l'anesthésie obstétricale de M. Campbell n'était pas l'anesthésie proprement dite, comme l'entendent les chirurgiens »[1], avant de déclarer que je n'ai jamais eu l'idée de vouloir anesthésier *chirurgicalement* un cas d'accouchement naturel, il faudrait s'entendre une bonne fois, il serait bon même que nos principaux adversaires s'entendissent entre eux sur ce qu'on doit comprendre sous le nom d'*anesthésie chirurgicale*. D'un côté, M. Depaul, qui présente en sa personne la double autorité de professeur de clinique obstétricale et de chirurgien des hôpitaux, me semble avoir donné de cette anesthésie une définition bonne et entière quand il dit : « Les chirurgiens ont l'habitude de

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, tome III, n° 26. Séance du 30 juin 1874, p. 584.

désigner sous le nom d'anesthésie la *perte* ABSOLUE du *mouvement*, de la *sensibilité* et de la *connaissance* que détermine chez un individu l'administration d'une quantité plus ou moins considérable de chloroforme ou d'éther [1].

D'un autre côté, notre adversaire des *Annales de gynécologie* définit la même anesthésie avec une brièveté qui m'a semblé devoir, aux yeux d'un opérateur, laisser infiniment à désirer, quand il dit : « Le résultat est d'obtenir une *demi-anesthésie*, et non pas (ainsi que nos adversaires s'en défendent fort) l'anesthésie chirurgicale, C'EST-A-DIRE l'*insensibilité à la douleur* [2]. »

Il ne m'appartient pas d'apprendre à qui doit le savoir mieux que moi, que l'*insensibilité à la douleur* n'implique nullement une destruction corrélative de *toute la sensibilité*, et que cette destruction même *totale* de la sensibilité, les chirurgiens, en vue d'une opération réellement digne de ce nom, ne s'en contenteraient nullement, si l'on n'y ajoutait en plus la *perte absolue* du *tact*, du *mouvement* et de la *connaissance*. Mais il m'appartient du moins de faire ici cette remarque singulière, — qui résulte du rapprochement entre une anesthésie chirurgicale aussi incomplétement définie, et la narcose obstétricale — que notre méthode nous permet d'obtenir juste autant

[1] *Ibidem*, p. 583.
[2] Mémoire cité, *Annales de gynécologie*, n° de janvier 1875, p. 20.

d'indoloréité sous le nom bien plus modeste de *demi-anesthésie*. Nous aimons à espérer que, dans la réalité de la pratique, notre adversaire a su, dans l'intérêt de ses patientes comme dans son intérêt d'opérateur, pousser plus loin qu'il ne le dit dans sa définition, sa narcose obstétrico-chirurgicale.

Quant à moi, je puis déclarer que je n'ai jamais eu le désir ni même la pensée d'appliquer d'emblée à un accouchement naturel, l'anesthésie entière, profonde, telle que la définissent les chirurgiens, — ce qui ne veut pas dire que je ne me sois parfois laissé entraîner plus que je ne l'aurais voulu dans cette direction ; ce qui ne veut pas dire non plus que chez les femmes dont il est ici question, je sois arrivé toujours à un même degré d'une anesthésie inférieure en puissance, ni que j'aie pu les maintenir à la moyenne des doses désirables et congrues.

Il me semble toutefois que la valeur des faits n'en saurait être pour cela amoindrie. J'ai essayé de me faire une idée aussi exacte que possible des phénomènes éminemment variables de l'anesthésie obstétricale, en les notant à mesure que je les voyais se produire. Or ils restent, dans leur ensemble, ce que la nature même des choses semble vouloir qu'ils soient ; et la nature même des choses, en obstétrique, paraît vouloir que, dès le début, l'anesthésie des parturientes prenne des allures totalement étrangères à l'anesthésie des chirurgiens.

Si l'on veut bien y réfléchir un instant, on verra qu'il doit en être ainsi. Qu'on songe aux variétés infinies d'un accouchement naturel, d'abord à cause de l'état de primiparité ou de multiparité, de l'idiosyncrasie de la femme, de son âge, de son habitus physique, de sa musculature, de son état adipeux, etc., etc. ; que l'on considère la période du travail à laquelle on peut être arrivé ; la nature des contractions et la mesure de l'effort, s'il existe ; l'état de dilatation plus ou moins effectuée de l'orifice utérin ; la durée du travail déjà accompli, les probabilités de sa durée ultérieure ; le mode naturel du travail ou lent ou rapide ; l'intensité, le caractère de la sensation-douleur éprouvée : toutes ces choses et même le moment où l'accoucheur est appelé à les observer, — sans compter la mutabilité dans la manière d'être des accouchements successifs chez la même femme, — sont autant d'indications différentes et variées dont nous devons tenir compte.

Pour la chirurgie, rien de pareil. Il y a en notre faveur, il est vrai, du côté des parturientes, un fonds moral plus heureux qu'on ne le trouve d'ordinaire chez les individus qui vont être soumis à une intervention chirurgicale plus ou moins grave. Mais n'a-t-on pas à compter aussi, chez nos parturientes, avec leur susceptibilité nerveuse, indépendamment de leur intelligence et du degré particulier de leur courage ; avec leur confiance plus ou moins évidente :

absolue, si elles ont déjà subi une expérience favorable de l'anesthésie; très-conditionnelle, si c'est la première épreuve à laquelle elles se soumettent? Ajoutez à cela qu'elles y procèdent parfois sans le consentement ou malgré l'opposition de tout un entourage; qu'elles peuvent être imbues d'idées religieuses inexpugnables, et qu'elles sont presque invariablement en proie à des préjugés toujours faux, dont on s'est complu, en France surtout, à envelopper, dans leur esprit, la méthode anesthésique. Toutes ces conditions morales, qu'on peut concevoir variées à l'infini, se discutent en dehors de nous, puis s'imposent à nous au gré des patientes, tant on nous considère, au point de vue de l'anesthésie, comme gens d'élection et nullement de nécessité, tant on sait bien que sans notre anesthésie ou avec notre anesthésie, on n'en finirait pas moins par accoucher dans la très-grande majorité des cas.

Même si l'on devance par une demande ou si l'on finit par accepter notre proposition d'anesthésie, c'est alors que se manifestent les nuances que toutes ces considérations antérieures peuvent venir imprimer à la tactique des inhalations. Et nous ne comptons pas ici ce que, sous l'influence du chloroforme, la fonction elle-même (mais ceci est de rigueur normale au moins, et l'on doit s'y attendre) va nous dévoiler de nuances infinies, à l'aller et au retour de la puissance éthérique, quant au genre de douleur soulagée, atté-

nnée ou annihilée, à son enlèvement total plus ou moins rapide, à sa persistance dans l'effacement, à la préservation du tact ou pression interne, etc., toutes choses dont le chirurgien n'a pas le moins du monde à se préoccuper.

Le chirurgien trouve humain pour le patient qu'il va opérer, il trouve utile pour la meilleure exécution du procédé opératoire qu'il médite, que le patient ne sente le tranchant du bistouri ni à la surface cutanée, ni à la section des nerfs, et, de plus, qu'il ne s'agite pas sous l'instrument. Il l'endort en conséquence, à son heure, et ne reconnaît de limite au sommeil anesthésique qu'il procure à son malade que le respect que lui inspirent à lui-même les deux fonctions rhythmiques dont la conservation importe essentiellement au maintien même de la vie : la respiration et la circulation.

L'accoucheur, au contraire, est appelé à être le témoin d'une fonction déjà en pleine activité, et ayant passagèrement revêtu le type rhythmique, fonction qui par sa nature n'est nullement essentielle à l'entretien de la vie individuelle, mais dont l'exercice, contrairement à ce qui arrive pour toutes les autres fonctions valides du même type, s'accompagne ici de douleurs plus ou moins violentes.

Le rôle de l'accoucheur consiste pour le moins à atténuer, voire même à annihiler, cet élément *douleur*, et il doit y réussir, en troublant le moins pos-

sible le jeu de la fonction elle-même. Pour cela, il doit savoir fractionner les doses anesthésiques, proportionner l'indoloréité aux moments les plus douloureux du travail ; essayer toutefois de se maintenir à une certaine limite, car il sait qu'au delà il serait dans le domaine de l'anesthésie chirurgicale qui, sans lui être nécessaire, pourrait n'être pas sans inconvénients. Ainsi retenu et se maintenant au point d'*analgésie*, l'accoucheur n'a plus de commun avec le chirurgien qu'un respect égal pour les deux fonctions fondamentales, la respiration et la circulation, dont il faut, avant tout, éviter de compromettre le jeu. Et en cela l'accoucheur se trouvera, je crois, particulièrement aidé par l'action intermittente et synergique de l'effort utérin et abdominal qui mènera, de concert avec lui, le travail devenu indolore.

La classification fondée sur l'observation des phénomènes d'anesthésie dont on est témoin pendant une expérimentation, ou pendant une opération chirurgicale, est des plus simples. Il s'agit de constater et de noter les faits d'insensibilité au fur et à mesure qu'ils se produisent et de bien déterminer le point d'arrêt de l'anesthésie à la dose qui paraît suffisante pour le but qu'on se propose. Il n'en est pas tout à fait de même en chloroformisation obstétricale. Il y a, pendant le travail, une segmentation des phénomènes d'insensibilité par une cause intermittente d'hyperémiation cérébrale, qui fait de la constatation

et de l'appréciation des stades observés une question toute différente, assez délicate, et ouverte à de très-diverses interprétations. Le sens que nous avons donné à ce dernier phénomène est consigné à la suite d'un fait-type de cette catégorie d'observations[1].

Quoi qu'il en soit de ces variations, à un moment donné, dans l'état de la *sensibilité à la douleur*, qui est la forme que nous visons surtout à atteindre, et quoi qu'il advienne de cet état que le fait seul du travail rend « très-ondoyant et divers », la classification fondamentale des phénomènes observés n'en reste pas moins la même.

Or, nous avons dit, on se le rappelle, que cette classification pouvait se résumer de la façon suivante :

1° Une période initiale, préliminaire, de *soulagement général;*

2° Une période d'*analgésie commençante;*

3° Enfin une période d'*insensibilité complète à la douleur* ou *analgésie confirmée.*

Là est notre but : si nous le dépassons en abolissant le sens du tact, en affaiblissant la motilité, nous nous trouvons sur la route de l'anesthésie chirurgicale.

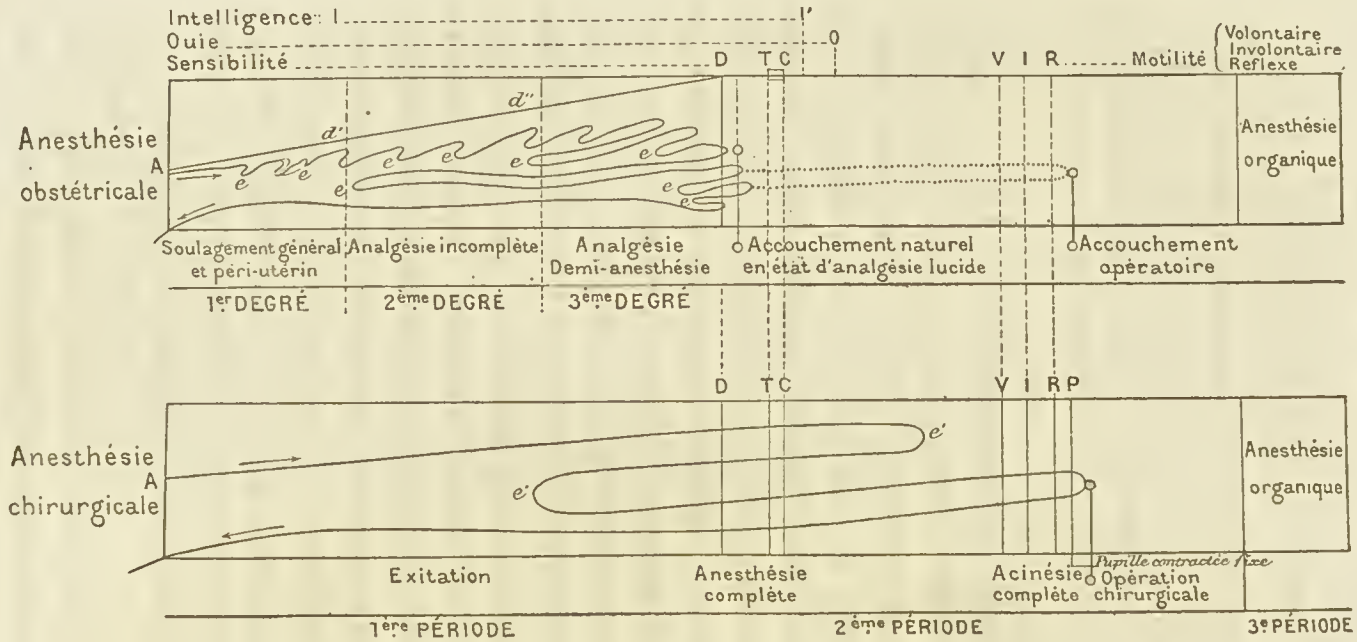
Cette classification, telle qu'elle est, n'a pas dû se

[1] *Étude sur la tolérance anesthésique obstétricale*, 1874, p. 49 et suivantes.

faire dès les premiers jours, et même elle n'a pu se présenter comme je crois devoir la donner aujourd'hui, qu'après avoir reflété l'état des connaissances physiologiques actuellement acquises en anesthésie, telles qu'elles nous ont été successivement données par la science ou nous ont été graduellement suggérées par la pratique journalière des faits. C'est pour cette raison qu'il peut se faire qu'un phénomène d'anesthésie noté il y a vingt ans ou il y a dix ans n'ait reçu son interprétation que longtemps après sa production, que tout récemment peut-être, et qu'il n'est pas sans exemple qu'une seule observation ait pu résumer en elle tous les éléments restés épars et obscurs dans vingt autres observations. Il en a été ainsi, par exemple, pour le fait qui m'a le mieux permis de constater les effets de l'hyperémiation cérébrale. C'est ainsi que l'interruption des phénomènes d'anesthésie, sans décroissance des doses de l'agent chloroformique, a pu maintes fois se manifester et maintes fois produire la dissociation des éléments de la sensibilité et leur inversion sans que j'eusse, quant à moi, songé à tirer de ces incidents une loi pratique applicable aux accouchements naturels. C'est la lecture des travaux de Bouisson, de Maurice Perrin et de L. Lallemand qui m'a mis sur cette voie. J'avais souvent observé pendant la seconde période du travail, la singulière rétrogression de l'anesthésie sans songer à l'expliquer par cette cause, qui me paraît

FIGURES SCHÉMATIQUES

DE LA PROGRESSION DE L'ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE COMPARÉE A CELLE DE L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE



A. Influence anesthésique. — A *d' d''* D rou tedir cete vers le groupe de la SENSIBILITÉ : D douleur, T tact et C sens du calorique. — A *e e e e e* même route devenant *ondulée* pendant l'anesthésie obstétricale. — V I R représentant le groupe de la Motilité Volontaire, Involontaire et Réflexe. — I I' INTELLIGENCE qui, plus ou moins troublée pendant l'anesthésie obstréticale, ne s'efface complètement qu'*après la sensibilité*. — O. Le sens de l'ouïe qui, en général, survit à la sensibilité tactile. — *e e e e e* indiquant les *oscillations rétrogrades* de l'éthérisme obstétrical, dues soit à l'intermittence des doses, soit à la désanesthésiation procurée par l'*Effort* utérin ou abdominal. — *e' e'* indiquent, pour l'anesthésie chirurgicale, une seule oscillation de retour, permettant le réveil de la sensibilité et due à un *effort de vomissement* (Budin et Coyne). — P. Moment de la contraction immobile de la *pupille*, indiquant celui de l'anesthésie chirurgicale confirmée (Budin et Coyne).

plus évidente aujourd'hui, à savoir la désanesthésiation intermittente du cerveau pendant la période d'expulsion.

J'ajoute ici une circonstance qui n'est pas sans valeur en ce qu'elle viendrait appuyer ma manière de voir à cet égard, c'est que l'influence de l'effort en anesthésie a été, depuis que je l'ai signalée dans la narcose obstétricale, observée et décrite dans le cours d'une anesthésie chirurgicale par MM. Budin et Coÿne[1], et que des effets analogues, toujours dus à l'hyperémiation cérébrale par l'effort, ont été observés par le docteur Huchard. Je tiens de ce praticien distingué que chez une dame ayant offert, pendant sa grossesse, tous les symptômes graves d'une *anémie profonde*, il a vu tous ces symptômes cesser dès la seule apparition des *efforts expulsifs* de l'accouchement. Des effets semblables ont été récemment notés par M. A. Bergeron en faisant vomir, au moyen de l'émétine, des chiens anesthésiés. Chez ces chiens, la sensibilité revenait après chaque vomissement[2]. Dans le même ordre d'idées et indépendamment des observations si

[1] Budin et Coÿne. *Recherches cliniques et expérimentales sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chirurgicale par le chloroforme.* — Dans *Archives de physiologie normale et pathologique*, 2e série, p. 61, 1875, et P. Budin, dans *Progrès médical*, 25 septembre 1874, p. 525. Voir : obs. xv (*vomissement* trois fois répété pendant une anesthésie ovariotomique).

[2] A. Bergeron. *Le chloroforme dans la chirurgie des enfants*, 1875, p. 22.

TABLEAU COMPARATIF DES ANESTHÉSIES OBSTÉTRICALE ET CHIRURGICALE

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

Pour la description, la demi-anesthésie ou anesthésie obstétricale peut se diviser en trois degrés, passant de l'un à l'autre dans chaque sens (aller ou retour) avec d'autant plus de facilité que le travail est plus avancé. C'est à la période d'expulsion que l'analyse des variations anesthésiques se fait le mieux.

1er Degré — *Soulagement général.* Accalmie morale et physique, atténuation toute particulière des douleurs à localisation extra-utérine. Intelligence très-rarement affectée. Excitation rare. Le début de la chloroformisation *a lieu en plein travail*, et à doses intermittentes et modérées.

2e Degré — *Analgésie incomplète.* Obnubilation de la douleur à siége utéro-vagino-vulvaire, contractions utérines pouvant devenir plus éloignées et moins intenses surtout pendant la période de dilatation.

3e Degré — *Analgésie complète* après dissociation des éléments de la sensibilité. Demi-conscience du *moi*. Inconscience de la sensation-douleur. Persistance du tact intérieur en tant que *pression indolore*. Pincement de la peau devenant une *compression* à peu près indolore et *lentement* perçue. Persistance du sens de l'*ouïe* après des bourdonnements la plupart du temps accusés par les patientes. Parfois, pendant l'effort, flexion, avec rotation en dedans, des muscles des membres supérieurs qui ne cherchent plus un point d'appui étranger. Calme et silence interrompus par le seul bruit de l'effort. Cris inconscients chez quelques femmes. Persistance très-habituelle de l'intelligence devenue peut-être un peu moins nette. Accouchement naturel dans un état d'analgésie lucide.

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

1er Degré (anesthésie incomplète), jugé suffisant par quelques chirurgiens pour des opérations d'importance mineure

Début d'emblée. Mêmes effets généraux, mais avec une succession plus rapide des phénomènes de sensibilité qui sont moins dissociés peut-être, mais certainement plus difficiles à analyser par suite des doses plus continues de chloroforme et par suite de l'absence presque constante d'une cause désanesthésiante (*l'effort du vomissement* a été pourtant signalé). Il faut noter ici la période d'*excitation initiale* et le *danger* possible inhérent aux *premières inhalations continues* . . . . . .

2e Degré (anesthésie confirmée)

Anesthésie complète avec abolition du tact et de la sensation du pincement (douleur et compression) et du sens de l'ouïe. . . . . .
Perte absolue de la conscience . . . .
Abaissement de température. . . . . .
Akinésie complète ou abolition des mouvements . . . . . .
- volontaires. .
- involontaires.
- réflexes. . . .

Rétrécissement fixe de la pupille . .
Opération . . . . . .

3e Degré

Narcose organique . . . . . .
Sidération, syncope, mort . . . . . .

pratiques de Gooch que j'avais signalées[1], et dont le professeur Gubler me semble avoir donné la véritable théorie[2] — relativement à l'action restauratrice de l'opium dans les anémiations rapides par suite d'hémorrhagies en couches, — d'autres faits similaires sont venus, plus récemment, prouver l'effet de l'hyperémiation cérébrale pendant la narcose chloroformique. On en trouvera l'exposé dans le travail de M. Guibert (de Saint-Brieuc) sur l'*anesthésie mixte*[3] et dans la note présentée à l'Institut par MM. L. Labbé et Goujon[4]. Bien qu'il me semble s'agir, dans ses derniers faits, plutôt d'une action morphinique *antagonistique* du chloroformisme que d'un effet de narcose *additionnelle* rendue, de la sorte, plus longue et plus inoffensive, il n'en est pas moins constant qu'il y a toute raison de croire que l'effet hyperémiant, dû à l'opium, est une garantie contre les dangers d'un état opposé qui serait procuré par le chloroforme seul, et que cet effet devient, par là même, une condition et un signe de tolérance. C'est en vertu de cette interprétation, toute personnelle d'ailleurs, que ces faits sont précieux à notre point de vue actuel.

La classification des faits, comme la tactique des

[1] C.-J. Campbell. *Mémoire sur l'anesthésie obstétricale*, 1874, p. 9.

[2] Gubler. *Commentaires thérapeutiques du Codex*. 2e édit., p. 874.

[3] Guibert (de Saint-Brieuc). *Compte rendu de l'Académie des sciences*, 18 mars 1872.

[4] L. Labbé et Goujon. *Compte rendu de l'Académie des sciences*, 26 février 1872.

inhalations, comme aussi l'évolution des phénomènes produits par l'anesthésie, devront naturellement se ressentir de ces nouveaux progrès de la science et recevoir de faits, au fond toujours à peu près les mêmes, le reflet des lumières empruntées aux plus récentes investigations expérimentales ou à l'observation clinique.

C'est ainsi que, d'après ce que j'ai pu voir et observer, je ne pourrais me soustraire aujourd'hui à cette conviction que c'est l'*effort obstétrical* qui, à la seconde période d'un travail naturel en pleine activité, est la cause, plus que probable, qui met un frein à l'activité anesthésique.

Je crois que la narcose des accoucheurs, fût-elle même entreprise avec intention de la pousser, non brusquement, mais graduellement, jusqu'au degré le plus profond, pourrait y arriver sans doute et très-vite dans quelques cas, mais que, dans la très-grande majorité des faits, on la trouverait, presque infailliblement, plus ou moins heurtée et, dans son cours, entrecoupée par de perpétuels va-et-vient. J'ai vu des cas où l'influence éthérique donnait lieu, par la production de ces oscillations, à une continuelle variété et à une variabilité constante dans les phénomènes de la sensibilité et de la motilité.

C'est à une anesthésie de ce genre déjà entrevue par Laborie dans ses considérations sur le mémoire de M. Houzelot — mais mal définie alors, à peine com-

prise (quoique fort appréciée) et nullement expliquée encore — que s'adressait avec raison l'objection, si naturelle, du docteur Forget concluant son discours en ces termes : « L'effet de la chloroformisation obtenu par notre collègue est tout à fait insolite quand on fait usage du mode d'administration qu'il conseille (éponge ou mouchoir) ; aussi j'avoue que je ne me rends pas compte de sa manière de faire, et je doute qu'elle puisse avoir des imitateurs, si les règles qui la dirigent ne sont pas formulées avec plus de précision [1]. »

M. Forget disait vrai, mais il me semble aujourd'hui que la connaissance du rôle de l'effort aura fait bonne justice des contradictions apparentes qui préoccupaient notre savant ami il y a vingt-trois ans.

C'est parce que l'anesthésie obstétricale a fait des progrès depuis l'époque où M. Forget pouvait parler ainsi que je demande pardon d'insister encore et dès à présent sur cette question de l'effort, qui me semble d'une importance capitale dans tout ce qui a trait à notre anesthésie.

Qu'on me permette de placer ici une remarque pratique qui résumera ma pensée. Admettons que, dans un cas comme celui que je supposais tout à l'heure, on ait voulu parvenir, par des doses de chloroforme pleines et continues, à abolir quand même, au cours

[1] *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, années 1853-1854, p. 569. — Voir aux Pièces justificatives le Discours de M. Forget, dans la Deuxième partie (à paraître) de ce Mémoire.

d'un accouchement naturel, *toute la sensibilité*, *toute la motilité*, et qu'on soit arrivé à toucher de très-près les origines nerveuses directes et les réflexes qui président à la vie organique : on verrait, ou très-peu avant, ou pendant, ou après cette atteinte à la vie, l'effort s'éloigner, puis s'éteindre ; en d'autres termes, on verrait cesser le travail, qui serait livré dès lors aux seules lois de la contractilité fonctionnelle affaiblie et de la rétractilité organique[1]. Or, qui voudra reconnaître non-seulement dans ces résultats poussés à l'extrême, mais même dans toute condition dépassant l'*analgésie*, les caractères que je me suis attaché à attribuer tout spécialement à l'anesthésie obstétricale, destinée à rendre tout simplement *indolore* une fonction dont elle devra, pour ainsi dire, côtoyer tout simplement le cours en la troublant le moins possible, loin de rien faire qui puisse l'arrêter ?

Ne serait-ce pas là faire ce qu'on nous reproche tant de ne pas vouloir produire, une anesthésie entière, véritable, profonde, celle que veulent les chirurgiens, et cela sans nécessité aucune, sans utilité

[1] Il ne faut pas oublier cependant, et il faut le noter ici en passant, que ces phénomènes ultimes dépendent du *genre de mort*, et que M. Onimus a vu, chez les animaux tués par *asphyxie*, la contractilité organique des intestins et de la vessie prendre, même *après la mort*, une activité qu'ils n'avaient pas pendant les derniers instants de la vie. En serait-il de même pour l'utérus dans les mêmes conditions ?

(si ce n'est pour les opérations obstétricales, qui ne nous occupent pas ici), mais en compromettant, par une détente malavisée, le ressort même du travail et en exposant très-gratuitement la parturiente à *presque* tous les dangers de la narcose chirurgicale ?

Comme explication à la légère réserve que je fais sur le danger possible, et pour la consolation des accoucheurs qui, par conviction ou par un entraînement involontaire, se seraient laissés aller à faire, en obstétrique, une anesthésie de cette intensité, je dois ajouter ici que le danger dans l'espèce est peut-être à la rigueur un peu moindre qu'en chirurgie. Cela s'explique lorsqu'on se rappelle qu'au moyen de *pressions* artificiellement appliquées à l'intérieur des organes génitaux (Simpson), on pourrait, dès la première alarme, faire, chez la femme parturiente trop profondément endormie, un appel à l'effort, lequel, s'il se réveillait, viendrait mettre fin à la fois aux effets pernicieux d'une narcose exagérée et contribuer, par quelques répétitions du même genre d'appel, à faire sortir le travail de son état d'inertie. Mais j'aimerais ne concéder aux imprudences volontaires ou involontaires le privilége d'un tel procédé de salut, que pour mieux prouver encore que, dans l'ordre naturel des choses, le plus sensé est d'éviter, pour nos accouchements normaux, une semblable anesthésie. Quand on a laissé prendre à l'anesthésie

une allure aussi exubérante, elle n'est plus applicable qu'aux pratiques de la chirurgie et parfois aussi, — mais non sans raison plausible cette fois, — à quelques-unes des interventions opératoires de l'obstétrique. Autrement elle n'est plus des nôtres et, pour ma part, je la renie.

Un dernier argument en faveur des effets salutaires de l'effort se tire précisément de ce qui arrive pendant les opérations obstétricales pour lesquelles on a le droit fort légitime d'anesthésier *chirurgicalement* les parturientes et pendant lesquelles je ne sache pas qu'aucune patiente (contrairement à ce qui est arrivé dans la pratique de la chirurgie ordinaire) ait jamais succombé par le fait de la seule anesthésie. Voici ce qui m'a semblé se passer dans ce cas. Je laisse de côté cet arrêt du travail que pourrait créer un abus ou un usage maladroit de l'anesthésie, et ne prends que les cas où, par la suite de la fatigue d'un long accouchement, de l'usure des forces utérines et expulsives, on trouve que la contraction et son congénère l'effort se sont spontanément éteints et semblent totalement paralysés. On sait qu'il arrive de deux choses l'une : ou bien, après un temps de repos (si toutefois l'état de la mère et de l'enfant permet de l'attendre), la parésie cesse, et l'on voit cet organisme, ayant récupéré et réuni ses forces, permettre à l'accouchement de poursuivre et d'achever son cours; ou bien, si ce repos, pour un motif quelconque, n'a pas été la cause

régénératrice qu'on espérait, on se trouve obligé d'intervenir, et c'est ce qui a lieu le plus souvent. Ce sera une *application de forceps* si c'est le sommet, une *extraction* s'il s'agit d'une présentation de l'extrémité pelvienne. J'ajoute ici *la version* parce que, quel que soit l'état de la femme, fatiguée ou non, c'est une opération qui s'impose nécessairement, toutes les fois qu'une présentation latérale ou transversale de l'enfant n'a pas été ramenée à une présentation longitudinale. Eh bien ! de même que, *pendant* de semblables interventions, on voit chez les femmes non anesthésiées se réveiller le plus souvent la contraction de l'utérus et celle des muscles abdominaux, de même, chez les femmes anesthésiées, toute manœuvre opératoire intra-utérine ou vaginale, ramènera un certain degré d'action expulsive. Or, si l'anesthésie a pu faciliter le début de l'intervention et jusqu'à un certain point l'opération elle-même, il est rare que le réveil des organes contractiles et la réapparition de l'effort ne viennent pas inopportunément (pour les versions du moins) gêner l'accoucheur, tandis qu'à notre point de vue, ils s'offrent d'autant plus à propos pour sauvegarder la parturiente contre les dangers de l'anesthésie que cette anesthésie aura dû être rendue plus complète en vue de ces cas exceptionnels. L'intervention opératoire agit ici absolument comme la simple *pression digitale* exercée dans le conduit utéro-vulvaire. Telle est l'explication qui s'offre rationnel-

lement à nous pour rendre compte de l'immunité contre le danger — toutes réserves faites d'ailleurs quant à l'état préalable de la femme, — chez les parturientes soumises, jusqu'à ce jour, à l'anesthésie qu'exige une *opération obstétricale*.

XX

Si, laissant de côté cette question de l'effort qui me paraît devoir dominer aujourd'hui, de par ses effets antagonistiques, toutes les phases de l'anesthésie pendant la période de l'expulsion, — la seule où existe l'effort combiné de l'utérus et des muscles abdominaux, — je me reporte au temps où l'idée de la dissociation des modes de la sensibilité nous était moins familière qu'elle ne l'est aujourd'hui et où celle de l'influence désanesthésiante de l'effort n'avait pas encore fixé mon attention, je n'en trouve pas moins, à l'heure actuelle, la classification des effets anesthésiques pendant toute cette période du travail, telle à peu près, quant au fond, que je l'ai consignée dans mes notes depuis une vingtaine d'années. C'est que cette classification a dû s'imposer tout d'abord par la nature

du but que nous nous proposions d'obtenir : *l'insensibilité complète à la douleur au moment de l'expulsion définitive de l'enfant.* Voilà, prenant Simpson pour guide, à quoi je bornais mes souhaits. Je ferai remarquer toutefois que, même appliquée à ce moment très-restreint du travail, cette *insensibilité à la douleur* n'en était pas moins le but légitime de notre anesthésie, et ce résultat complet nous l'atteignions assez souvent en proportionnant l'efficacité du moyen à la somme des douleurs et des résistances dernières.

Mais souvent aussi, ce désidératum, nous ne l'obtenions pas au même degré, soit qu'en procédant avec une extrême prudence, le temps nous manquât pour arriver à notre maximum, soit qu'une cause générale due à l'idiosyncrasie de la femme ou une cause spéciale tenant à l'état local ou à quelque autre embarras éprouvé par l'accoucheur, s'opposât à ce qu'une anesthésie plus continue et faite d'emblée, comme en chirurgie, pût être facilement produite ou maintenue.

Si la femme, déjà *soulagée*, d'après son dire, achevait l'expulsion terminale avant d'être *complétement insensible à la douleur*, c'est-à-dire *avant* d'être arrivée à ce moment où le pincement de la peau n'est plus perçu comme *douleur* et à peine comme *pression*, et où l'ouïe persiste encore, je notais ce fait comme étant un fait de *demi-insensibilité* ou mieux d'*une insensibilité incomplète à la douleur*. Puis, pour mieux le retenir et le nuancer, j'en désignais les de-

grés, au moment même du travail, par des divisions fractionnaires qu'il eût mieux valu confondre, je l'avoue, sous la dénomination plus scientifique et plus moderne d'*analgésie incomplète*. C'est à ce degré d'insensibilité que les femmes disent si souvent avoir senti, *mais comme à travers un voile*, l'expulsion dernière.

Ai-je besoin de faire remarquer que toutes les femmes en travail qui finissaient par arriver à l'un ou l'autre de ces états anesthésiques au moment même de la naissance de leur enfant, avaient nécessairement passé par une *période préliminaire et initiale*, caractérisée, comme nous l'avons déjà dit, par l'atténuation, puis par l'effacement de toutes ces douleurs *périutérines*, *excentriques*, *accessoires*, bien que procédant de la contraction utérine comme cause, mais nullement essentielles à l'accomplissement de la parturition? Les femmes éprouvaient presque toujours, dès les premières inhalations intermittentes et à faibles doses, une accalmie physique et morale avec un certain degré d'obnubilation des sens. Cet état me paraît tout l'opposé de celui qui se dessine ordinairement dès les premières inhalations continues de la chloroformisation chirurgicale et que l'on indique sous le nom de *période d'excitation*, laquelle n'existe peut-être pas ou du moins passe certainement inaperçue la plupart du temps au début de l'anesthésie obstétricale. Nous essayerons plus tard de donner l'expli-

cation de ce fait exceptionnel dans l'anesthésie générale.

Faut-il ajouter encore que quand, à l'exemple de M. Danyau, on étudia l'anesthésie remontant à un degré moins avancé du travail et que l'on put en formuler nettement l'application à la fin de la période de dilatation, et surtout à la traversée parfois si douloureuse de l'orifice utérin, les variétés de l'insensibilité depuis le simple *soulagement* jusqu'à l'*analgésie complète* n'en restèrent pas moins toujours les mêmes ; le moment du début de l'anesthésie et sa durée probable (qu'on peut d'ailleurs entrecouper par des suspensions et des reprises) avaient seuls changé.

C'est surtout dans l'extension donnée au *moment du début* et à la *durée* qu'on avait occasion de voir, par le retrait ou le renforcement des doses, ces oscillations innombrables entre le réveil absolu et le sommeil complet, et qu'on voyait aussi parfois le demi-sommeil de l'insensibilité à la douleur, dépassant la ligne de l'analgésie pure et simple, atteindre la sensibilité à la pression, la motilité volontaire et parfois aussi, quoique rarement, les mouvements réflexes. Ceux-ci ne peuvent disparaître, nous le savons, sans entraîner une altération dans l'effort, altération de nature diminutive, dont j'ai dû plus d'une fois, pour ma part, attendre avec anxiété la disparition, en y contribuant d'abord par la cessation des inhalations

et puis par un appel direct au réveil des réflexes au moyen de pressions utéro-vaginales. En agissant ainsi, je n'ai eu longtemps pour but, cela va sans dire, que de faire revenir le travail à son type normal d'activité ; je ne prévoyais ni ne pressentais encore à cette époque, déjà bien éloignée, l'effet désanesthésiant de ce même effort dont je sollicitais, pour d'autres motifs, le retour.

Du reste, depuis une vingtaine d'années, la plupart des autorités compétentes consultées à cet égard, et dont les opinions se retrouveront aux *pièces justificatives* qui suivront l'étude sur *la parturition et l'anesthésie*, sont d'avis que l'anesthésie des chirurgiens dépasse de beaucoup les indications de l'obstétrique. Une preuve confirmative, en sens inverse, se trouverait d'ailleurs, dans ce fait, qu'aucun chirurgien ne voudrait entreprendre une opération un peu sérieuse, avec le degré d'anesthésie qui suffit, pendant un accouchement naturel, à empêcher la seule *sensibilité à la douleur*.

En résumé, ce qui caractérise l'anesthésie obstétricale c'est la mobilité même de cette anesthésie, la variabilité des doses petites et intermittentes qu'elle requiert, la rétrogression possible des effets obtenus alternant avec leur progression. Celle-ci ne se maintient que par une certaine tactique des inhalations chloroformiques.

C'est toujours dans le voisinage de la ligne de l'*a-*

nalgésie, et en restant plus souvent en deçà que la dépassant de beaucoup, que voudrait se tenir l'anesthésie pratiquée par nous. C'est, en définitive, de la coïncidence du moment où se fait la traversée de tel ou tel obstacle placé sur le parcours du travail, avec tel ou tel degré d'anesthésie obtenu, que résulte, outre le *simple soulagement* (qui est une forme générale d'indoloréité plutôt extra-utérine), la *demi-insensibilité*, puis l'*insensibilité complète à la douleur* née directement des contractions de l'utérus.

Il ne faut pas oublier de noter que l'état de primiparité ou de multiparité devra influer aussi sur la tactique de l'anesthésie. La narcose semble, à première vue, devoir être plus particulièrement indiquée pour les primipares, comme plus adaptée à leurs résistances mises en jeu pour la première fois. Logiquement cela paraît vrai, mais pratiquement on peut dire aussi avec certitude que l'anesthésie emprunte à cet état de primiparité des conditions de durée — tout entrecoupée de suspensions — qui en rendent souvent l'application moins régulière, plus difficile à manier et à conduire. Chez les multipares, au contraire, il y a grande chance pour que, sans faire durer l'anesthésie aussi longtemps, on puisse plus aisément leur procurer et leur maintenir une narcose qui s'étende de la fin de la dilatation jusqu'à la fin de l'expulsion, et cela tout en suivant la loi des renforcements ou des retraits corrélatifs de la

dose, selon les incidents naturels qui se rencontrent dans le trajet utéro-vulvaire.

Il y a ici, d'ailleurs, une raison d'ordre psychologique qui laisse le médecin un peu plus à l'aise quand il a affaire à une primipare : c'est que la femme qui accouche pour la première fois ignore la douleur qui l'attend; et ce n'est pas elle, la plupart du temps, qui insistera le plus pour être soumise à l'anesthésie. Il est rare, au contraire, qu'une multipare ayant conservé le souvenir des souffrances endurées par elle une première fois et qu'on ne lui avait pas atténuées, n'en réclame pas, dès sa seconde épreuve, tout le privilége et tous les bienfaits.

Sachons-le bien, du reste, chez la femme ayant déjà l'expérience de la parturition et qui, à titre de multipare, est plus aisément soumise à un état moins irrégulier et moins ondoyant d'anesthésie, comme chez la primipare, arrivée vers la fin de son travail après une narcose plus accidentée, il se passe, dans la très-grande majorité des cas, un fait commun qu'il convient de signaler. On remarque généralement, en effet, que quel que soit, pour ces femmes, le degré d'atténuation de leurs douleurs à un moment quelconque de l'accouchement (une fois que le *soulagement général* aura été éprouvé et acquis), ce sera la somme d'anesthésie obtenue *pour la fin de la deuxième période* (autrement dit pour l'*expulsion dernière*) qui caractérisera à leurs yeux le résultat plus ou

moins satisfaisant de *toute* l'anesthésie dont chacune d'elles aura pu être l'objet.

La raison de cette préférence donnée à ce genre de localisation exclusive et ultime du privilége de l'indoloréité paraît résider dans ce fait que la femme perçoit les *grandes douleurs* de l'expulsion terminale tout autrement qu'elle n'a dû et n'a pu percevoir les *coliques sourdes* profondes, très-mal supportées aussi, de la fin de la dilatation.

Rien de plus facile, pour le médecin, que d'expliquer par la différence d'innervation, ce changement dans le mode de perception qui s'affirme chez la femme arrivée à la fin de la deuxième période. Le cri de la douleur est différent; il se manifeste chez la parturiente une agitation, une inquiétude, une appréhension jusqu'alors inconnues qui viennent, au milieu de ses angoisses, la tourmenter en concentrant ses craintes vers la région de formation récente que lui crée l'énorme distension de la région périnéo-vulvaire. Malgré toutes nos paroles rassurantes, malgré tout l'appui de notre présence, la femme se croit et se *sent* à chaque instant menacée; l'accoucheur aura beau lui affirmer que tout ce qu'elle éprouve à cette heure tient à ce que la parturition rentre dans la sphère de la vie de relation, elle ne peut se soustraire à la sensation pleine d'angoisses de cette immense pression douloureuse à laquelle elle se figure qu'elle ne saura jamais résister. C'est là une préoccupation qui de-

vient de plus en plus *personnelle*, s'empare de son esprit et ne la quitte plus au milieu de ses cris, au milieu de ses efforts — efforts que, dans son affolement, elle voudrait à la fois aider, pour en avoir fini, et retenir pour ne pas en augmenter le péril. Alors s'efface pour elle le souvenir de toutes les vagues sensations du début où la douleur semblait placée au loin parce qu'elle était autrement perçue. Maintenant, la douleur est là qui va comme sortir.... et finir. Mais ceci, la femme ne sait pas toujours le comprendre; inondée de sueur et de larmes, elle reste clouée sur sa couche, ayant presque oublié d'espérer, tout absorbée qu'elle est par la crainte poignante de ce dernier moment. Pour quelques-unes, la pensée même de leur enfant qu'on leur présente par anticipation n'a pas suffi pour relever leur courage pendant cette « agonie » qui précède de si près la vie de l'un et le bonheur de l'autre.

Aussi bien est-ce à un pareil état de souffrance que se rapportent, pensons-nous, les descriptions de Merriman[1], de Nægele[2], de Velpeau[3], de Meigs et celles qu'on trouve à chaque page de Simpson. Ce choix de noms est certes bien digne de représenter ici l'opinion de pays civilisés sur le genre et la somme de douleur qui, en général, incombent à la femme ar-

[1] Merriman. *Synopsis of Parturition*, p. 15 et 239.
[2] Nægele. *Lehrbuch der Geburtshülfe*, p. 104.
[3] Velpeau. *Traité des accouchements*, vol. I, p. 449.

rivée à cette dernière période de la parturition.

Pour mon compte, en présence d'un pareil tableau, ne fût-il pas dans tous les cas saisissant au même degré, j'aimerai mieux toujours donner le chloroforme que de céder aux prétendues raisons et de la religion et de la philosophie, proclamant, l'une, que les femmes « doivent » endurer ces douleurs, l'autre, que la plupart d'entre elles les « supportent vaillamment. » Je le donnerai selon ma conscience, en me sauvegardant des inconvénients s'il en existe, et, à plus forte raison, en évitant de mon mieux les occasions de danger. Je le donnerai invariablement, toutes les fois qu'il me sera demandé. Je n'hésiterai pas à le proposer même, toutes réserves de contre-indications étant faites, dans des circonstances semblables à celles qui viennent d'être décrites. Mon opinion à cet égard est conforme à celles de Simpson, de Protheroe Smith et à celle qui, au point de vue des préjugés religieux, a été formulée par M. Blot lorsqu'il dit « qu'on offense bien plus le Créateur quand on ne met pas à profit toutes les ressources que notre intelligence peut nous fournir pour le soulagement de nos semblables[1]. »

Les femmes, qu'il faut bien, en somme, admettre comme juges à un certain degré, dans leur propre cause, savent bien, comme nous disions tout à l'heure, quelque avantage qu'il y ait, au point de vue patholo-

[1] H. Blot. *De l'anesthésie appliquée à l'art des accouchements.* Thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie. 1857, p. 52.

gique, d'anesthésier parfois la première traversée douloureuse, que c'est surtout pour la fin de leur accouchement qu'elles ont intérêt à obtenir le chloroforme. C'est alors qu'elles l'apprécient, au suprême degré, cette traversée dernière paraissant être devenue leur unique préoccupation. Cette chloroformisation, lors de l'expulsion terminale, est même, parfois, une condition qu'elles semblent mettre à leur acceptation, à quelque moment que ce soit, de l'anesthésie qu'on leur propose. Ainsi, une femme analgésiée pour la traversée de l'orifice utéro-vaginal, dont l'agaçante irritabilité amène parfois de profondes angoisses, ne tiendra guère compte, que comme d'un bienfait banal et incomplet, du soulagement qui lui sera alors procuré, si, par un motif quelconque, on l'a laissée suffisamment revenir à elle pour qu'elle sente la douleur de la distension finale et les déchirantes épreuves qui accompagnent la déhiscence périnéo-vulvaire. Au contraire, et comme par une espèce de compensation favorable à l'accoucheur, la femme à laquelle celui-ci aura uniquement épargné les souffrances de l'expulsion dernière, ne songera pas à lui garder rancune du soulagement moindre qu'il aura pu lui procurer à tout autre moment qu'on voudra, en dehors de celui où elle le réclame pour la fin de la deuxième période de l'accouchement.

Cela revient à dire, en définitive, que la femme qui accouche, n'a que faire d'analyser savamment les

degrés de sa propre douleur. Elle souffre : peu lui importent et les causes anatomiques et les conditions physiologiques de sa souffrance ; elle ne connaît que le moment psychologique du soulagement, ce que toutes les femmes appellent *les grandes douleurs de la fin.* Hors de là, elles ne veulent entendre à rien ; elles permettent l'intervention anesthésique que le médecin jugera convenable à tout autre moment ; mais elles l'exigeraient presque pour celui de la dernière lutte où elles sentent que leur personnalité est le plus engagée, pour le moment enfin qui précède la naissance même de leur enfant.

XXI

Avant de terminer la première partie du présent Mémoire, et résumant les faits de ma pratique particulière en même temps que les idées qui, dans cette étude, peuvent m'être personnelles, je tiens à affirmer une fois de plus, que c'est en m'appuyant sur l'expérience de Simpson, sur celle des chirurgiens, des accoucheurs et des physiologistes contemporains qui ont écrit sur l'anesthésie, que j'ai entrepris

d'étudier l'éthérisme appliqué aux accouchements naturels.

J'ai été soutenu par l'espoir de procurer aux femmes qui se confiaient à mes soins une indolorcité, partielle ou totale, qu'elles me demandaient ; et, encouragé par les succès déjà obtenus, je n'ai pas hésité à leur en proposer le bienfait lorsqu'il me semblait, avant tout, compatible avec la sécurité de la mère et de l'enfant.

Dans ces conditions, j'ai éthérisé, et bien plus souvent chloroformé, plus de mille femmes sur plus de seize cents accouchements ; ce qui fait à peu près deux femmes sur trois[1].

J'y suis arrivé :

1° *Sans danger.*

2° *Sans inconvénients* directement attribuables au chloroforme ou qui ne pussent être réparables à l'instant même.

3° *Avec l'avantage immense* d'une indolorcité très-appréciable, qui, indépendamment du calme procuré à l'accomplissement de la fonction et de la diminution de certaines résistances, me semble n'avoir pas été étrangère au prompt et parfait rétablissement de toutes mes accouchées en évitant la sidération nerveuse due à l'excès des douleurs et grâce aussi peut-être à une certaine action modificatrice spéciale du

[1] Fin juin 1877, je comptais 1,052 anesthésies sur 1,657 accouchements. C. J. C.

RÉCAPITULATION NUMÉRIQUE

(Jusqu'au 31 décembre 1873)

DES FAITS OBSERVÉS PAR M. CAMPBELL D'APRÈS LA CLASSIFICATION DES DEGRÉS DE L'ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE — MÉTHODE DE LA DEMI-ANESTHÉSIE

Faits de nature indécise	Cas de chloroformisation faite à un degré indéterminé, non noté séance tenante, mais très-certainement modéré, comme dans tous les faits de mes premières années de pratique, et ayant produit un soulagement quelconque	198
1	Chloroformisation caractérisée dès le début par un état de *soulagement général* (commun d'ailleurs à tous les cas), mais se bornant, dans l'espèce, à ceci, qu'elle peut être, après les oscillations ordinaires, signalée *à la fin* du travail, comme un *simple soulagement moral et physique :* l'intellect restant à peu près intact chez la plupart des femmes et sans excitation préalable; le calme physique semblant s'adresser surtout aux douleurs *extra-utérines*, dites irradiées, métastatiques, déviées, etc. . . .	80
2	Chloroformisation avec les variations habituelles, ayant pour résultat, *à la fin du travail*, ce que je notais comme une *insensibilité incomplète* (à la douleur centrale), une obnubilation de la souffrance (*dolor velo obductus*) ou une *analgésie incomplète*	258
3	Demi-anesthésie proprement dite, c'est-à-dire chloroformisation comprenant nécessairement les degrés précédents, les dépassant toujours, y retournant parfois, poussant (quoique rarement) une pointe vers le *degré chirurgical* dont elle revenait pour se trouver caractérisée, à l'*achèvement du travail*, par une *insensibilité complète à la douleur utérine* (*analgésie*), — le tact et l'ouïe étant, ainsi que l'intelligence, préservés la plupart du temps. La motilité n'a été touchée que fort exceptionnellement.	411
	Total.	947

Sur ce nombre total de cas chloroformisés, j'ai eu : 1° *Pour l'obstétrique opératoire*. 455

L'intervention avait été indiquée par la *nature même* de la présentation (versions, extractions) ou par l'arrêt du travail (forceps), arrêt dû soit à une inertie utérine, venant elle-même de la longueur de l'accouchement chez une femme faible ou affaiblie, soit à l'irréductibilité de positions occipito-postérieures ou à la résistance des parties molles, etc. Cette intervention a été rendue nécessaire, enfin, dans quelques cas très-rares, par un excès de chloroformisme ou plutôt par une narcose relativement trop forte pour certaines idiosyncrasies. Dans tous ces cas, sauf les derniers, le degré chirurgical de l'anesthésie était obtenu, quand venait le moment d'agir, en complétant, au moyen de l'augmentation ou de la continuité des doses, l'état actuellement acquis à quelque degré qu'il fût.

2° *Pour une application purement thérapeutique* (éclampsie). 8

chloroforme, sur laquelle je compte revenir plus tard.

4° Enfin, *avec la conscience*, quant à moi, d'avoir, au point de vue professionnel, humainement et scientifiquement agi.

J'obtenais donc : *un soulagement général* dès le début des inhalations chloroformiques, et, le plus souvent, sans l'excitation tant remarquée en chirurgie; puis un état de *demi-insensibilité à la douleur;* puis enfin, *une insensibilité complète à la douleur*, l'*analgésie*, qui était comme l'effacement de la première moitié du faisceau complet de la *sensibilité*. Ainsi comprise, notre anesthésie constituait (le sens du tact ou de la *pression* restant, autant que possible, en dehors et au delà de nos visées) une véritable *demi-anesthésie*. Telle a été la progression désirée, cherchée, et, j'en ai la certitude, obtenue dans la très-grande majorité des cas, tout en conciliant la sécurité de la parturiente avec l'accomplissement, régulier, en somme, (quoique possiblement un peu troublé d'abord, pour être compensé ensuite) de la parturition elle-même.

L'absence de *danger*, dans mes accouchements comme dans tous ceux que l'on connaît sur tous les points du globe, se prouve par le fait seul de n'avoir eu à déplorer aucun cas de mort qui puisse être directement attribué au chloroforme.

Quant aux *inconvénients*, je dois dire que la parturition, en devenant indolore, m'a paru pouvoir être modifiée par l'anesthésie de deux façons :

D'abord par un *éloignement* des contractions, et *une diminution de leur intensité;* ensuite, par une *narcose* ayant les caractères de l'anesthésie chirurgicale, genre d'anesthésie dont, autant que possible, je me suis efforcé, dans la théorie comme dans la pratique, de différencier et de sauvegarder l'anesthésie obstétricale.

J'ai entrepris de rechercher les causes probables d'un ralentissement soit momentané, soit absolu du travail, sans croire qu'il fût nécessaire de l'attribuer, dans aucun cas, à une narcose des fonctions organiques portée jusqu'au point de compromettre la vie de la parturiente. Ce dernier fait n'a d'ailleurs jamais eu lieu en anesthésie obstétricale, tandis qu'une certaine *diminution*, quelquefois passagère, quelquefois permanente, dans l'*énergie* du travail, est un fait d'occurrence journalière.

On trouvera plus loin les considérations auxquelles j'ai dû me livrer au sujet de ces ralentissements du travail. En attendant, et au point de vue pratique, nous pouvons déjà dire que le seul inconvénient attribuable à la demi-anesthésie serait précisément un *ralentissement permanent* du travail, convertissant parfois l'accouchement naturel en une parturition nécessitant une intervention opératoire. Mais il faut bien noter aussi, à la décharge de l'éthérisme, que nous avons vu bien des accouchements anesthésiés dont la nature particulière seule eût, sans doute, à un mo-

ment donné et indépendamment de toute anesthésie, exigé l'emploi des instruments (posit. occ. postér. non réduites, périnées surchargés de graisse, infiltrés, etc.). Quant au ralentissement *passager*, nous savons comment il se corrige, et nous ferons cette remarque générale que le plus souvent, d'ailleurs, tous ces retards dans le travail finissent par être *compensés* un peu plus tard par une accélération terminale, favorisée en grande partie par la diminution des dernières résistances, et qui permet de regagner le temps en apparence perdu.

Pour expliquer quelques-uns des faits précédents, mais surtout pour nous rendre compte de la singulière, mais très-évidente immunité des femmes en travail contre les dangers de l'anesthésie, et de leur tolérance pour le chloroforme, nous nous sommes largement appuyé sur le fait, que nous avons supposé, d'abord, puis prouvé ensuite, il y a quatre ans, quand nous avons étudié l'influence de l'effort obstétrical comme hypérémiant le cerveau[1] et désanesthésiant la parturiente endormie, lorsque celle-ci est arrivée à la période d'expulsion. Une anesthésie toujours prudente quant aux doses, judicieusement dirigée quant aux moments d'applicabilité pendant le travail, ha-

[1] Cette hypérémie cérébrale passagère chez l'adulte anesthésié ne peut-elle pas être comparée à l'activité circulatoire normale du cerveau des enfants, qui jouissent, comme on sait, d'une remarquable tolérance pour le chloroforme, et chez lesquels l'innocuité de l'anesthésie est généralement reconnue (P. Guersant; Alb. Bergeron) ?

bilement maniée quant aux retards qu'elle peut procurer, — retards qui ont parfois leur utilité, — prévoyante surtout et défiante sur la question des surprises à tout moment possibles, arrivera à son but spécial en obstétrique, *à l'analgésie.*

C'est là, en effet, le point culminant pour nous, mais c'est de là qu'on peut passer assez vite à l'anesthésie chirurgicale qui, malgré la réserve que nous avons faite en sa faveur dans les *opérations* obstétricales, peut réellement présenter, chez certaines femmes épuisées et devant accoucher de leurs propres forces, un véritable danger. Ainsi, comme je le disais dans mon premier Mémoire, il faut agir, jusqu'à nouvel ordre, et peut-être toujours, comme si toutes les garanties qui nous semblent exister n'existaient pas (Mémoire sur l'anesthésie obstétricale, p. 20).

Telle est l'anesthésie que nous avons essayé de faire; et, telle que nous l'avons décrite et limitée, nous n'hésitons pas à en prendre, quand nous la pratiquons, la responsabilité tout entière. En attendant que l'idée encore nouvelle de l'effet salutaire de l'effort soit acceptée de tous, nous ne cessons pas de nous rallier à celle qu'exprimait M. Paul Dubois, dans une de ses leçons sur l'anesthésie appliquée aux accouchements naturels, quand il disait « qu'il n'était pas absolu, — qu'il laissait chacun à sa propre inspiration, — et libre de faire ce qu'il faut

pour arriver à une heureuse application *mitigeante.*[1] »

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas s'imaginer, en commençant l'étude de l'anesthésie obstétricale, que les considérations auxquelles nous venons de nous livrer dans ce Mémoire soient toujours nées de faits isolés et nettement dessinés. Il faut bien se persuader, au contraire, qu'elles sont plutôt le reflet d'une collection de faits répandus dans les auteurs, et accentués par quelques observations personnelles, parmi lesquelles un fait unique a bien pu parfois jeter une lumière plus vive que tous les autres pris dans leur ensemble. Mais les faits-types sont rares dans la nature. Les occasions d'observer ont beau être fréquentes, même dans une pratique particulière, il existe tant de variabilité, soit du côté des faits eux-mêmes, soit du côté des personnes soumises à l'observation, soit aussi dans les conditions ambiantes physiques et morales où l'on se trouve placé pour pratiquer l'anesthésie obstétricale, qu'il faut un certain temps pour sortir de l'incertitude ainsi jetée sur certains résultats obtenus. Telle a été, pour nous, depuis plus de vingt années, la lutte entre les épreuves plus ou moins bien venues de l'anesthésie journalière et les données de la science anesthésique lentement accumulées; telle elle sera peut-être longtemps encore, bien que nous ayons des raisons pour

[1] *Leçon clinique* du 14 juin 1855. Voir Pièces justificatives.

concevoir, dès à présent, des espérances sérieuses en faveur de l'avenir de l'anesthésie obstétricale, raisons que nous exposerons plus loin.

Faite dans ces conditions spéciales, nous avons vu que notre anesthésie peut et doit donner des résultats très-positifs, quoique rendus très-variables par la nature même des choses. La cause nous en paraît résider dans la susceptibilité très-diverse des parturientes, et surtout dans les oscillations constantes de l'anesthésie obstétricale. Il en serait de même pour une anesthésie chirurgicale continue soumise à de semblables causes de segmentation, et il ne faut pas oublier qu'avec nous il y a, en outre de l'effort, les doses petites et intermittentes qui en augmentent encore la sécurité sans doute, mais à coup sûr aussi l'irrégularité.

Tel étant le mécanisme de l'anesthésie obstétricale, on voit qu'il devient aussi impossible de lui imprimer un degré toujours le même d'influence éthérique, que de déterminer par quels états de narcose devra passer et repasser un organisme soumis à ces influences toujours changeantes. L'habileté dans la tactique des doses, l'habitude, l'expérience, en un mot, en apprennent plus que tous les préceptes qui vont au delà des précautions banales signalées partout. C'est l'expérience qui fera prévoir ces retours de sensibilité causés par l'effort, ces manquements, ces silences dans la progression du travail anesthésié;

l'expérience apprendra à quel organe, à quelle région, à quel genre d'innervation il faut, à un moment donné, adapter le degré voulu de l'influence éthérique. Ce qu'il faut savoir, c'est que la nature de la fonction est telle qu'un degré d'anesthésie ne peut rester longtemps le même ni pour le bien ni pour le mal. L'indolorcité se tient en un véritable équilibre instable autour de la ligne d'analgésie, et l'on peut bien dire que la plus grande garantie de sa sécurité est sa mobilité même.

Quant aux parturientes, il s'en est peut-être trouvé qui se sont figuré que toute sensation quelconque devait être abolie; mais toutes celles qui, un peu plus tard, ont pu se rendre un compte exact, ont su avouer que s'il leur était arrivé de crier au point de laisser croire que leur souffrance était grande, il ne leur restait absolument le souvenir de rien de ces souffrances, et elles convenaient, en toute honnêteté, qu'une douleur dont on n'a ni la conscience ni le souvenir n'est pas à vrai dire une douleur, que c'est une ombre tout au plus à la place d'une réalité. D'autres n'ont ni souffert ni crié; elles savaient qu'il existait en elles une *contraction* utérine, mais qui leur était *indifférente*, et une *pression non douloureuse qui les invitait à faire un effort qui n'avait rien de pénible*[1]. Et celles-là avaient encore la vague conscience de ce qui se passait autour d'elles. Elles sentaient le pincement de la peau comme une *compres-*

[1] C. J. Campbell. *Mémoire sur l'anesthésie obstétricale*, p. 18.

sion plutôt que comme une *douleur ;* elles conservaient encore l'ouïe (ce sens qui, selon Wundt, je crois, est encore une dépendance du tact, en ce qu'il est touché par les oscillations vibrantes du son), et pouvaient ainsi obéir à notre voix pour la *direction des efforts volontaires*, que la seule narcose absolument complète des opérateurs a la légitime prétention d'annihiler.

Voilà ce qu'a été pour nous la demi-anesthésie, ou plutôt, notre *anesthésie obstétricale* avec ses qualités et ses bien légers défauts. Ce qui ne lui a jamais manqué, du moins, à la suite de nos interventions anesthésiques si changeantes dans la forme, cela a été, du coté de toutes les femmes, indistinctement, un même sentiment bien réel de reconnaissance, sentiment dont, pour ma part en ce moment, où je sais que je ne les verrai plus comme parturientes, je veux leur témoigner ici toute ma gratitude, par cette bonne et simple raison, que l'expression qui m'en est venue d'elles a été pour moi le soutien moral de ma carrière d'accoucheur, l'oubli de toutes mes fatigues et de toutes mes préoccupations, en même temps que la plus douce satisfaction de ma vie professionnelle.

XXII

CONCLUSIONS.

Les *conclusions* que j'ai à tirer du présent Mémoire, bien qu'un peu prématurément présentées, à cause des circonstances créées par le Congrès de Genève, n'anticiperont en rien sur la collection de faits que je publierai dans la *Deuxième partie* de ce travail, attendu qu'elles en sont les conséquences depuis longtemps déduites, qu'elles n'auraient rien gagné à attendre, et que je n'aurai, quant à moi, je pense, rien à y changer au fond. Je serais heureux d'y joindre cependant toutes celles qui pourraient surgir de la discussion de ces mêmes faits ou naître de la présentation de faits nouveaux.

Ces conclusions se divisent en :

Conclusions générales ou *contre-propositions*, et en conclusions particulières.

Conclusions générales ou *contre-propositions*.

1. Le *danger de l'anesthésie obstétricale n'est pas*

prouvé. L'objection la plus sérieuse qui ait été émise en France contre l'anesthésie obstétricale en général, sans distinction entre la chloroformisation modéréé que nous pratiquons, et la narcose plus profonde des chirurgiens, a été formulée par le professeur Depaul, d'abord dans le *Dictionnaire encyclopédique*, en 1864[1], puis à l'Académie de médecine, à la séance du 30 juin 1874[2], et à une de ses leçons cliniques publiée en 1876[3].

Avant de terminer son article sur l'*accouchement naturel*, M. Depaul, qui n'était pas chargé d'écrire l'article relatif à l'anesthésie obstétricale, a voulu lancer contre la *généralisation* de cette anesthésie dans les accouchements physiologiques une sentence qui ne trouvera sa pareille que dans la prescription divine elle-même du *paries in dolore.* « On peut tuer la femme », dit-il.

A cela je m'empresse de répondre par le fait universellement reconnu, que, judicieusement et convenablement appliqué aux accouchements naturels, le *chloroforme à dose demi-anesthésique* n'a jamais, jusqu'à ce jour, tué personne.

D'un autre côté, à ce point de vue si capital, il est certes fort regrettable que le même critique, qui n'avait pas cité dans le Dictionnaire un seul cas de mort

[1] *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. I, p. 417.
[2] *Bulletin de l'Académie*, t. III, p. 583, 584.
[3] Professeur Depaul. *Leçon de clinique obstétricale.* 36e leçon. 1876.

attribuable au chloroforme en obstétrique, ayant à s'occuper de cette même question, dix ans plus tard, devant l'Académie de médecine, n'ait apporté aucune preuve publique de cette mortalité à la séance même où il déclarait « qu'il pourrait citer des exemples de morts subites survenues chez des femmes en couches, à la suite de quelques inhalations de chloroforme faites dans un but anesthésique. »

Il eût été aussi du plus haut intérêt pour tout le monde de connaître les détails de « ces deux cas au moins » de mort auxquels M. Depaul faisait récemment allusion dans sa trente-sixième leçon clinique publiée en 1876, et auxquels il ajoute l'histoire de deux autres faits qu'un journal américain, en date de juillet 1874, « par un hasard qui le sert singulièrement », ainsi qu'il le dit lui-même, venait de lui apprendre, le matin même du jour où il avait à faire une leçon *contre* l'anesthésie appliquée aux accouchements. Dans le premier de ces cas, après avoir donné le chloroforme pour *une application de forceps*, nécessitée par la lenteur du travail (tedious labour), on administra *de nouveau* le chloroforme pour une *délivrance artificielle*. « Il se produisit une syncope secondaire; la femme fut ranimée, mais elle mourut vingt-quatre heures après. »

Je ferai remarquer d'abord, que dans ce cas il s'agit d'une anesthésie probablement *chirurgicale*, qui ré-

clame des conditions tout autres que celles de l'anesthésie obstétricale, laquelle seule nous occupe ici; et ensuite, que quant à nous nous sommes encore trop peu convaincu de l'avantage de l'anesthésie dans les cas de rétraction utérine, après l'expulsion de l'enfant, c'est-à-dire chez une femme *accouchée*, pour avoir osé jamais l'appliquer à un cas de *délivrance artificielle pour un placenta adhérent*, manœuvre qui peut à elle seule entraîner la mort de la femme, sans qu'on ait à en accuser l'anesthésie à un degré quelconque. Dans le second cas, « *une opération* fut faite avec l'aide du chloroforme; la femme eut une période d'excitation violente; le médecin de la maison qui dirigeait l'anesthésie, persuadé sans doute, d'après l'opinion qui prévaut aujourd'hui, que cet agent anesthésique est absolument inoffensif pendant le travail, en doubla la dose. Mais une syncope survint soudainement, et ce ne fut qu'à grand'-peine que la femme put être ramenée à la vie. »

A propos des mobiles prêtés à l'auteur américain dans cette dernière observation, je crois qu'on se trompe étrangement si l'on pense qu'aucun accoucheur ait jamais dit que le chloroforme fût *absolument inoffensif pendant le travail*, surtout quand celui-ci, n'étant plus un travail *naturel*, a dû se terminer par une *opération* en vue de laquelle on avait pratiqué l'anesthésie. Quant à nous, on sait que nous avons toujours eu soin de faire à cet

égard des réserves formelles, tout en admettant, il est vrai, que l'opération par elle-même, en réveillant l'action utérine et l'effort, semble avoir presque toujours créé à la parturiente une certaine chance d'immunité contre le danger de la narcose jugée nécessaire pour certaines opérations obstétricales. Mais ce qu'un accoucheur prudent n'a jamais conseillé, c'est de vaincre quand même une période d'*excitation violente* par un *redoublement* d'anesthésie. Il y a là une pratique recommandée exclusivement par les chirurgiens, appelés beaucoup plus souvent que les accoucheurs à être témoins de cette *excitation* qui manque presque toujours dans le travail naturel anesthésié. Cet état d'excitation constitue, au contraire, un trait presque constant du commencement de l'anesthésie chirurgicale continue, laquelle s'adresse le plus souvent à des idiosyncrasies calmes ou déprimées, au lieu d'intervenir, comme en obstétrique, au milieu d'un éréthisme déjà préexistant. Si, dans le cas dont nous nous occupons, « le médecin de la maison » qui n'était peut-être ni chirurgien ni accoucheur, a voulu diriger son anesthésie de cette façon, c'est à lui seul que devra en revenir toute la responsabilité et non à une méthode qui connaît des lois pour les doses, des règles pour une abstention prudente et une foule d'autres prescriptions dont il n'est pas prouvé, par la relation du fait même, qu'on ne se soit pas imprudemment écarté.

Je dirai donc que ces faits publiés dans *The american Journal of obstetrics*, de juillet 1874, ne prouvent absolument rien contre l'anesthésie telle que nous l'entendons. Même chirurgicalement donné pour une opération grave, il n'est pas démontré que ce soit le chloroforme chez la femme qui fait le sujet de la première observation, qui l'ait menée à mal. Elle meurt vingt-quatre heures après cette anesthésie, mais aussi elle meurt vingt-quatre heures après une *délivrance artificielle pour un placenta adhérent*. Pour qui connaît la façon dont on meurt d'une anesthésie chloroformique portée à l'excès et la manière dont succombent parfois les femmes soumises à ce genre d'opération, la considération du *temps écoulé* entre les deux faits devra peser d'un grand poids dans la solution de la question.

Quant au second cas, dans lequel, à notre avis, l'anesthésie a été fort mal dirigée, il prouve seulement l'existence possible d'accidents qu'un accoucheur prudent eût évités en suspendant le chloroforme, au lieu d'en doubler la dose, et en ayant recours au traitement que nous avons indiqué, particulièrement à l'inversion.

Ces deux faits communiqués par M. Depaul à sa clinique sont fort instructifs, à coup sûr, mais, au fond, ils appartiennent à l'obstétrique opératoire et ne relèvent pas, en réalité, de ce que nous étudions en ce moment. Nous laissons à qui de droit la responsa-

bilité de tels cas, devenus dangereux par le fait direct des accoucheurs-chirurgiens, et nous engagerions volontiers notre honorable adversaire de la Clinique, avant de dire d'une manière aussi générale que l'anesthésie « peut tuer la femme », de faire ce que lui-même, d'ailleurs, avoue n'avoir point fait, « d'autres recherches pour savoir si des cas analogues existaient dans la science ». A l'heure où nous sommes, le sujet vaut bien la peine qu'on s'en occupe. Mais, on peut l'affirmer dès maintenant, si l'on ne trouve que des faits analogues aux deux faits cités, qui ont mis *deux ans* pour nous venir d'Amérique, ils ne prouveront jamais grand'chose, ils ne prouveront même rien contre l'anesthésie spécialement appliquée aux accouchements naturels.

Nous n'avons pas les mêmes raisons pour défendre notre pratique, incriminée comme dangereuse par la Clinique, contre notre honorable adversaire qui professe à l'École de médecine. Ce n'est pas notre faute s'il nous a donné ailleurs de si fréquentes occasions de parler de ses appréciations autrement que nous aurions aimé à le faire à l'égard d'un vieil ami, tant les pages de sa critique fourmillent d'accusations contre la méthode que nous avons exposée. Mais ici, au moins, la tâche m'est rendue facile et ne m'est nullement désagréable. Notre adversaire, qui ne reconnaît comme anesthésie que la *vraie*, *entière* et *profonde* narcose des chirurgiens, se plaît à affirmer

en maint endroit (ce dont nous même avons toujours été convaincu) que la *pseudo-anesthésie* n'a jamais pu tuer et ne tuera personne[1]. Que Lucine et les dieux des Efforts éloignent toujours de la demi-anesthésie le privilége contraire, et puisse ce malheur nous être à jamais épargné ! C'est avec plaisir que nous en acceptons l'augure et c'est de bon cœur que nous remercions notre honorable adversaire de cette concession.

Quant aux bonnes âmes désœuvrées qui s'en vont par les salons et par les rues déblatérer contre ce qu'elles n'ont jamais été à même de comprendre ; quant à ces confrères charitables, accoucheurs *sine partubus*, qui ont le temps de lire, en les dégustant, les malveillantes insinuations de certains livres et de certains journaux à l'endroit de l'anesthésie obstétricale accusée d'une foule de méfaits imaginaires, il y aurait sur eux un curieux chapitre à faire qui pourrait porter pour épigraphe cette parole si éternellement, si malheureusement vraie : *Invidia medicorum pessima*.

2. L'idée d'un danger une fois écartée de l'anesthésie obstétricale, telle que nous la pratiquons, les *avantages* de celle-ci apparaissent à tous les yeux. Ce n'est pas seulement dans les pages de ce Mémoire qu'on en trouve la preuve. Toutes les femmes qui en ont subi l'essai prudent et bien dirigé ont été satisfaites toujours et, pourrions-nous dire, émerveillées souvent. Tous les médecins qui ont su l'employer judi-

[1] Mémoire déjà cité, p. 24.

cieusement, et qui ont été témoins de ses prodigieux effets, n'ont plus voulu renoncer à en faire usage dans les cas les plus simples quand il n'y avait pas de contre-indication. La pratique de cette méthode, brillamment inaugurée en France par le professeur Paul Dubois, y a été (après avoir langui dans une sorte de défaveur) vaillamment soutenue et généralisée par Houzelot, Laborie, Danyau, le professeur Gubler, le professeur Courty (de Montpellier), Frédet (de Clermont-Ferrand), Verrier, Budin, Fochier (de Lyon), Émile Dubois, Aubril (de Montgeron), J. Dubrisay, etc., — je ne parle que de ceux qui l'ont scientifiquement défendue, — et, à ce dernier titre aussi, il ne faut pas l'oublier, par un agrégé de la Faculté de Paris, prématurément enlevé à la science et à la pratique obstétricales, Joulin, dont le chapitre sur « l'emploi du chloroforme dans les accouchements[1] » est des plus remarquables[2].

La méthode, d'après ce que je vois et ce que j'entends autour de moi, ne manque pas d'autres défenseurs plus jeunes, sinon plus ardents. Les médecins qui viendront après nous auront beau jeu à en profiter.

[1] Joulin. *Traité complet d'accouchements*, 1867, p. 642-649.

[2] A l'étranger, dans ces derniers temps, d'anciens élèves de l'École de Paris ont su aussi défendre la cause de l'*emploi de l'anesthésie pendant l'accouchement naturel*. Je me contenterai de citer les communications récemment faites sur ce sujet par le docteur Odier (de Genève) à la réunion des médecins de la Suisse (Berne, mai 1877) et celles du docteur Piachaud au Congrès international des sciences médicales, séant à Genève le 11 septembre de cette année.

Tout le monde y souscrira, et les femmes qui auront subi deux épreuves comparatives de la douleur pleine et entière, mal déguisée par d'autres moyens, et de la douleur atténuée grâce aux inhalations chloroformiques, préféreront à tout autre soulagement celui qui, en quelques secondes, peut, pour ainsi dire, leur voiler la souffrance, être suspendu au moindre inconvénient, être repris encore si on le juge convenable et mené avec un succès croissant et en toute sécurité jusqu'à la fin du travail. Les médecins eux-mêmes, pour un peu plus de temps, d'attention et de fatigue qu'il leur en pourra coûter, n'y trouveront ordinairement que des occasions d'une assistance plus efficace.

Je n'en connais que fort peu qui n'aient pas eu à s'en louer. Ces exceptions elles-mêmes disparaîtront, je pense, à mesure qu'on se familiarisera de plus en plus avec la pratique. L'accoucheur devra, en outre, apprécier l'avantage qu'il y trouve d'avoir évité à ses accouchées « le violent ébranlement nerveux occasionné par la douleur perçue dans toute ou presque toute son intensité » (Gubler), et dont les conséquences peuvent être, ici comme en chirurgie, sinon fatales sur-le-champ, au moins défavorables pour les suites de couches.

Je suis très-porté à croire à cette heureuse influence de la demi-anesthésie sur les convalescences des femmes accouchées; elles m'ont semblé un peu plus rapides, plus franches, plus nettement confirmées. Il m'a paru en être ainsi du moins pour ma clientèle privée;

c'est ce fait particulièrement heureux que j'ai formulé dans mon premier Mémoire, et que le professeur éminent que je viens de citer avait bien voulu constater en l'affirmant, quand il parle de la mortalité relativement très-faible, et d'ailleurs en aucun cas attribuable au chloroforme, qui avait caractérisé l'ensemble de ma pratique[1].

Comme pendant à ces avantages de l'anesthésie pour les suites de couches, ce serait le cas d'ajouter ici tout ce que dit Simpson sur le bonheur *anticipé* et éprouvé *a priori* par une femme grosse, quand elle songe qu'au moment de son accouchement si redouté on pourra lui éviter les plus fortes angoisses du travail. Or on sait quelle influence exerce sur la santé des femmes en général, et en particulier des femmes enceintes, cette absence d'inquiétude, de crainte et de préoccupation. Je souscris complétement, pour mon compte, à l'heureuse efficacité de ces bonnes prédispositions morales.

3. *Les inconvénients de la demi-anesthésie* sont nuls si l'on sait éviter sa transformation en *anesthésie chirurgicale.*

Quant à la redoutable *narcose* de la *vie organique*, nous n'en admettons pas la probabilité en anesthésie obstétricale, et nous lui refusons toute influence causale sur la production de ce qu'on a appelé l'*éloignement* des contractions utérines et leur *diminution*

[1] Gubler. *Commentaires thérapeutiques.* 2e édition. 1874, p. 897.

d'intensité dans le cours de la première période du travail et pendant une anesthésie modérée.

Ces inconvénients ont pour résultat d'imprimer, à un moment donné, un peu plus de lenteur au travail. A ce propos, je dirai tout de suite que, s'il y a la moindre indication de souhaiter une terminaison plus rapide de l'accouchement, soit dans l'intérêt de la mère, soit pour le salut de l'enfant, on peut toujours se dispenser d'entreprendre l'anesthésie, et la refuser net si on la croit inopportune. Mais aussi je me hâte de faire remarquer que, le chloroforme étant donné, le travail, momentanément ralenti, ne tarde pas, si on le considère dans sa totalité, à reprendre le rhythme normal de contractions et surtout d'efforts qui peut même, s'il affecte, comme cela arrive souvent, une allure accélérée, devenir, vers la fin travail, une *compensation* pour le retard primitif.

Pour ce qui est de l'*espacement* des contractions et de leur *diminution d'intensité* et *de durée*, ce phénomène, qui n'est très-évident que dans une période de dilatation exceptionnellement rapide et douloureuse, je n'y verrais alors que des avantages pratiques, ainsi que le démontre un fait publié dans le travail où j'ai étudié la cause possible de ce fait sous le nom de *narcose utérine directe*[1]. Il a été difficile de suivre jusque

[1] *De la narcose utérine directe pendant l'anesthésie obstétricale.* — *Journal de thérapeutique*, n^os^ des 10 et 25 août 1877. — Tirage à part. Librairie G. Masson.

dans la période d'expulsion l'existence d'une pareille cause, qui paraît se confondre alors avec l'influence d'une anesthésie générale plus prononcée.

Faut-il rattacher, enfin, aux inconvénients de l'anesthésie, de la nôtre comme de celle des chirurgiens, cet inconvénient signalé par tous nos adversaires, et qui consisterait dans l'impossibilité pour la parturiente de *diriger* (pour employer l'expression de l'un d'eux) *les forces utérines* et les efforts volontaires? Je me contenterai de faire remarquer d'abord que la *direction des efforts volontaires* peut, *seule*, être quelque peu entravée pendant une narcose portée au degré chirurgical, et d'affirmer ensuite que, pour l'état d'*analgésie* que nous cherchons à obtenir, le sens de l'*ouïe*, qui survit à la *sensibilité*, comme en grande partie aussi à l'intelligence troublée, permettra toujours à notre patiente d'entendre les ordres qu'on lui donne pour diriger ses *forces volontaires* et pour obéir à l'accoucheur qui la sollicite à augmenter ou à réprimer ses efforts.

Je ne cite que pour mémoire les prétendus inconvénients nés de l'influence exercée sur l'enfant pendant l'anesthésie, au début de la fonction de *lactation*, influence par suite de laquelle des enfants seraient restés engourdis par le lait d'une femme qui a été chloroformée. Quelques faits de ce genre ont été rapportés par certains auteurs, mais pas assez généralement pour que ceux-ci aient paru croire beaucoup

eux-mêmes à la valeur pratique d'une telle influence. Il s'agit ici plutôt d'une curiosité physiologique au même titre que l'influence de l'anesthésie sur l'enfant contenu encore dans l'utérus de sa mère. On n'en parle guère aujourd'hui. Pour mon compte, je n'ai jamais vu ni recherché de faits de cette nature, qui se bornent à prouver tout au plus la pénétration très-momentanée du chloroforme dans un organe de sécrétion, circonstance dont il n'est pas résulté d'inconvénients sérieux jusqu'ici. Il me semble, d'ailleurs, que l'influence constatée a le temps de se dissiper avant le moment *pratique* de l'allaitement, qui n'arrive guère avant que vingt-quatre heures au moins se soient écoulées depuis l'accouchement.

XXIII

Nous avons dejà touché un mot de la question des *aides*, en parlant de l'anesthésie chirurgicale comparée à celle des accoucheurs, et à propos de celle-là nous avions fait remarquer déjà que ni le nombre, ni l'intelligence des aides n'avait toujours suffi pour éviter un accident chloroformique.

Cela posé, et si nous admettons pour la demi-anesthésie, je ne dis pas toute impossibilité, mais au moins une très-petite probabilité d'un danger contingent, nous ne voyons plus ce que le *nombre* des aides ajoutera à notre sécurité. Je laisse pour la chirurgie et pour l'obstétrique opératoire cette mise en scène que j'admets volontiers alors comme de toute nécessité et dont voici la description : « Un aide, qui doit être *médecin*, apprécie le pouls de la mère.... un autre aide également *médecin*, *monté sur le lit*, sera chargé de donner le chloroforme de la manière suivante, qui nous a toujours paru préférable à toutes. Après avoir versé sur la partie *inférieure* d'une compresse une trentaine de gouttes de chloroforme, il appliquera vivement le milieu de la portion *supérieure* de cette compresse sur la racine du nez. Il l'y maintiendra avec deux doigts d'une main, tandis que de l'autre main il agitera doucement au-devant de la bouche et des narines la partie de la compresse qui a reçu le liquide, comme s'il voulait éventer doucement toute la région inférieure de la face, *sans jamais la toucher*[1]. » Sans compter un troisième aide, toujours médecin, « aux ordres de l'accoucheur[2]. »

On voit de suite qu'il ne peut s'agir ici que d'une

[1] Article *Anesthésie obstétricale* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. IV, p. 498. 1866.

[2] *Annales de gynécologie*. Mémoire cité, p. 11.

anesthésie *chirurgicale*. La femme est placée en travers, un des aides *est monté sur le lit*, l'accoucheur est prêt à commencer *son opération*. Du reste, notre adversaire ne nous le laisse pas ignorer, quand il dit (p. 15) après nous avoir reproché d'être *sans aides* : « Jamais nous ne nous permettrions pareille imprudence dans nos OPÉRATIONS. » A cela je réponds de suite que, cette *intervention chirurgicale* étant admise, notre adversaire a cent fois raison.

Pour nous, lorsque nous anesthésions une femme qui accouche naturellement, nous nous plaçons à la droite du lit; de la main gauche, nous tenons à une faible distance des voies respiratoires un mouchoir légèrement imprégné de chloroforme, que nous approchons ou que nous éloignons entre temps. De la main droite nous tenons le pouls et, si nous voulons pratiquer le toucher, nous profitons d'un intervalle entre deux contractions utérines — où nous ne donnons pas de chloroforme — pour nous servir de notre main droite, la gauche, devenue momentanément libre, prenant à son tour le pouls. Nous n'avons besoin ni d'un aide pour le chloforme, ni d'un aide pour le pouls. Le seul accoucheur peut faire tout cela sans la moindre difficulté, sans la moindre gêne.

De ce reproche de n'avoir pas d'*aides* découle incidemment la question du mode d'administration du chloroforme pour l'accouchement naturel. Non-seule-

ment nous ne voulons plus d'appareil comme s'en servait encore M. Danyau en 1854; mais nous n'avons jamais voulu adopter la compresse fixée par un bout et agitée de l'autre en usage dans les chloroformisations chirurgicales continues, ainsi que nous venons de le voir. Le mouchoir tenu d'une main et que l'on peut alternativement rapprocher et retirer à volonté des voies respiratoires de la patiente, voilà selon nous une différence fondamentale qui doit beaucoup modifier la question de l'emploi *nécessaire* d'aides.

Maintenant il ne me coûte en rien d'avouer que j'ai peut-être été un peu trop exclusif lorsque j'ai dit, dans mon premier Mémoire, que « le doigt du médecin, *au début de l'anesthésie au moins*, ne quitte pas le pouls » ; et que « *dès que la femme devient légèrement étourdie*, je ne permets à aucun des assistants de me remplacer. » On comprendra que ces précautions ne s'adressent évidemment qu'aux *premiers phénomènes* de l'anesthésie, généralement reconnus comme les plus dangereux; je les ai toujours observées et les observerai toujours. Mais ce que j'aurais pu et dû ajouter, c'est que plus tard, quand la parturiente s'est habituée à l'odeur du médicament et à ses effets, on peut déroger à cette sévérité d'attitude. Ainsi, il m'est arrivé, sans quitter le bord du lit ou la chambre, de permettre à une garde stylée *ad hoc*, ou au mari ou même à un assistant intelligent, de tenir à distance le mouchoir sur lequel *moi-*

même je versais le chloroforme et dont *moi seul* ordonnais le *rapprochement* ou l'*éloignement*. Jamais je n'ai vu d'inconvénient à cela.

Jamais, d'autre part, je n'ai permis à une malade de *s'administrer le chloroforme elle-même*, quoique bien souvent j'aie trouvé, en arrivant chez quelque cliente étrangère, la femme en travail et son mari à ses côtés, celui-ci éthérisant celle-là en famille. J'ai pu approcher un flacon de chloroforme sous le nez d'une femme qui, avant de commencer l'inhalation, me demandait à connaître l'odeur du liquide. Mais jamais je n'ai procédé à une anesthésie quelconque par le seul goulot du flacon. Quand on fait allusion à cette méthode particulière, il faut la reporter à qui de droit, à Chailly, par exemple, qui dit s'être fort bien trouvé de l'*atténuation* de la douleur, ainsi procurée, sur lui-même d'abord pour une sciatique, puis dans deux cas d'obstétrique[1] où il en usa quatorze heures chez une femme et cinq heures chez l'autre. Il s'était servi d'un flacon aux deux tiers rempli de chloroforme et dont le goulot était approché d'*une* narine, l'autre narine étant aplatie par un doigt, et le sujet faisant une longue inspiration la bouche fermée, etc. Quelques années plus tard M. Dubois mentionna dans une de ses leçons cette variété de la méthode par

[1] Chailly. *De l'atténuation de la douleur* dans les contractions pathologiques pendant une grande partie du travail de l'accouchement. *Union médicale*, 21 février 1850.

inhalation; je ne sais plus maintenant si c'était pour la recommander ou pour la combattre.

Revenons à la question des aides. Jusqu'à ce point nous sommes *seul* dans les conditions que je viens de dire, et si l'on vient nous reprocher d'être *seul*, c'est qu'on ne peut se départir du prototype des *anesthésies chirurgicales*. Mais je consens à supposer pour un instant que je veuille, dans un cas des plus naturels, m'entourer de *deux aides médecins*, dont l'un au moins devra savoir manier le chloroforme. Croit-on que cela sera facile, que cela sera praticable, que cela sera pratique? Où est la famille et surtout où est la jeune femme qui, voulant prendre du chloroforme et en ayant manifesté d'avance le désir, consentira à se voir entourée au moment que l'on sait de deux médecins qu'elle peut ne pas connaître? Et si l'on prend deux confrères qu'elle désignera elle-même, seront-ils, l'un au moins, un anesthésiste habile? Seront-ils tous deux des adeptes de la méthode? Et comment s'entendront-ils si l'un des deux se trouve être opposé à la méthode elle-même? Verra-t-on dans la pièce voisine se passer un de ces petits débats confraternels qu'on peut se représenter sur l'opportunité de l'anesthésie, sur la valeur de l'agent anesthésique, et que sais-je? On comprend de reste la situation de la famille vis-à-vis des nouveaux venus encombrant cette chambre qui doit être si calme; on comprend la position qui est faite aux

trois médecins eux-mêmes. Et puis, autre considération possible : est-on sûr de réunir ces trois médecins, alors que parfois il n'est pas toujours facile de trouver l'accoucheur lui-même? Mais la nuit, même à Paris, est-on sûr de rencontrer, à l'heure dite et voulue, les trois confrères supposés toujours libres et d'ailleurs consentants? Que serait-ce pour la campagne! On le voit, cela est tout simplement impraticable; cela revient à dire qu'on a posé là un argument au moyen duquel on espère, en créant des embarras, en important des préoccupations et un certain effroi au sein des familles, faire échec à la méthode en tant qu'appliquée aux accouchements naturels.

M. Danyau était allé au-devant de l'objection qui serait faite à l'introduction d'un aide dans une maison ; il avait même prévu en pareil cas une grande difficulté pour la généralisation de la pratique en ville. Et cela était d'autant plus logique que M. Danyau se servait encore à cette époque (1854) d'un *appareil inhalateur* qui exigeait absolument la surveillance d'un aide pour cette anesthésie *continue*, et qui, faite dans ces conditions, présentait d'ailleurs d'autres inconvenients.

Aujourd'hui que cette dernière partie au moins des conditions est changée pour les anesthésies qu'on fait en ville, je crois que, le bon sens pratique aidant, il faudra se décider à imiter encore ce que les accou-

cheurs de la Grande-Bretagne ont fait sans inconvénient dans leur pratique obstétricale, ce qu'a pu faire Simpson tout le premier, ce que je me suis décidé à faire moi-même dans ces dernières années : c'est de styler *ad hoc* une garde intelligente, une sage-femme, qui, en notre présence et sous nos ordres, suffit toujours pour seconder l'accoucheur, si *cela devient nécessaire* à un moment donné, comme vers la fin du travail, quand l'anesthésie aura déjà duré au moins une vingtaine de minutes, et alors que se sera manifestée une tolérance évidente après laquelle presque toujours de très-petites doses de chloroforme, données à intervalles, suffisent pour maintenir en l'état le degré voulu de la narcose.

XXIV

On a reproché à la méthode demi-anesthésique, ainsi appliquée, d'être une pratique *banale*. A cela je répondrai qu'elle n'est pas plus banale que la douleur elle-même. Et je ne vois pas qu'un accoucheur doive attendre qu'une douleur soit *déviée*, par exemple, pour donner le chloroforme. Qui nous dit que la

douleur physiologique n'est pas déjà elle-même une *déviation* de l'état de nature? Quand on lit ce qui se passe pour l'accouchement des femmes de certaines tribus africaines et pour le part des animaux restés à l'état sauvage, on peut se demander si la douleur de la parturition n'est pas un résultat de la civilisation elle-même et de la domestication. Pourquoi veut-on attendre que cette douleur dite *physiologique* et qui n'existe que trop réellement, à un certain degré, chez toutes les femmes, ait eu le temps de revêtir, en outre, un cachet *pathologique?* Où et quand tracerez-vous la ligne de démarcation? Qui nous dit enfin que si vous étiez allé au-devant de la douleur et si vous aviez commencé de bonne heure par faire faire à la femme quelques inhalations chloroformiques, vous n'auriez pas évité cette *déviation* qui tient la plupart du temps à l'irritabilité d'un orifice résistant? Quant à moi je souhaiterais à l'anesthésie obstétricale la *banalité* des bonnes pratiques nées du sens commun, la *banalité* des inventions reconnues bienfaisantes, la *banalité* des inventions utiles.

Rappellerai-je ici l'opposition faite, en France, à l'introduction de la pratique de la ligature des artères proposée par Ambroise Paré? l'opposition faite à la pratique, depuis près d'un siècle connue en Angleterre, de l'accouchement prématuré artificiel? les luttes qu'eut à supporter l'introduction de la vaccine? et du temps de Simpson même, comme aujourd'hui

encore, la pratique de l'anesthésie dans les accouchements naturels[1]?

Quand le premier homme, marchant pieds nus, eut l'idée de s'appliquer à la plante des pieds une semelle pour éviter la *pression douloureuse* du sol sur lequel il appuyait, il réalisa une invention qui est devenue, de par le temps et la mode, singulièrement *banale*. Puis quand l'homme, sentant la fatigue de la marche, songea à se faire porter d'un endroit à un autre sur le dos d'un animal, ou à se faire traîner dans un véhicule quelconque auquel il attachait l'animal, c'était un ingénieux procédé, mais il se généralisa tellement qu'il en devint *banal* et personne, que l'on sache, ne s'y était absolument opposé. Mais quand on a voulu mieux faire encore, et que, dans la première moitié du présent siècle de lumières et de progrès, il fut question, en Angleterre et en France, de donner aux moyens de locomotion le dernier terme de la perfection en leur appliquant la force motrice de la vapeur, on a presque oublié aujourd'hui quelle opposition fut faite à cette idée, et cela par des hommes des plus intelligents et des plus haut placés dans la hiérarchie politique et scientifique du pays. Il en fut encore de même plus tard quand il s'est agi d'établir en France le télégraphe électrique. Et Dieu sait, malgré tout, de quelle *banalité* sont devenus les chemins de

[1] Simpson. *Anæsthesia*. Voir part. III, Defences of Anæsthesia, ch. III, sur les préjugés, et ch. VII.

fer malgré leurs accidents toujours trop fréquents, et de quelle *banalité* s'honore aujourd'hui la télégraphie nouvelle[1].

[1] Je ne veux pas tirer de ces dernières comparaisons plus qu'elles ne contiennent, relativement surtout à la simple question qui nous occupe, celle de la généralisation, en obstétrique, d'un mode restreint de l'anesthésie chloroformique qui a été, elle, comme on sait, accueillie par tous et partout, comme la plus bienfaisante découverte de ce siècle. Je n'ai fait allusion à ces faits que pour montrer, une fois de plus, à quelle loi inéluctable paraît devoir obéir tout progrès humain, qui finit pourtant par s'effectuer quand même et malgré la plus illogique, la plus inattendue des oppositions. Espérons, par exemple, qu'on aura oublié avant la fin du présent siècle (et certes, plus tard on ne voudra pas y croire) à quelle férocité d'opposition on se livra contre les inventions que je viens de mentionner en dernier lieu. Pour ne rien dire des grossières risées avec lesquelles on accueillit, en Angleterre d'abord, l'idée première de Stephenson, croira-t-on qu'en France, un peu plus tard, vers 1835, à une séance de la chambre des députés, pendant la discussion du chemin de fer de Paris à Saint-Germain, avec prolongation vers Rouen, croira-t-on que des hommes politiques les plus éminents du pays venaient objecter, l'un (qui était ministre des travaux publics et qui revenait d'Angleterre, où il avait vu fonctionner le chemin de fer de Liverpool à Manchester) que « les chemins de fer ne présentaient quelques avantages que pour le transport des voyageurs à de courtes distances » — dans la banlieue, sans doute, pour promener les Parisiens ; — un autre, que « le fer est trop cher en France » ; un autre, que « le pays est trop montagneux » ; un autre enfin, un prince de la science, celui-là, « que les souterrains seront nuisibles à la santé des voyageurs » ! Et ce qu'il y a de plus singulier encore, c'est que le même savant qui, à la même chambre des députés, le 14 juin 1836, lors du vote du chemin de fer de Paris à Versailles, revient sur ce « *danger des pleurésies* et *des rhumes* », en donne la théorie fondée sur les brusques changements de température à l'air libre et sous terre. Il rappela même à ce propos la curieuse histoire d'un Allemand avec lequel il voyageait un jour sous un tunnel et qui, transi de froid, fut obligé de demander à son compagnon de voyage une redingote pour s'envelopper. « Et cependant, ajoute le député, membre de l'Institut,

Ne redoutons donc pas pour l'avenir de l'*anesthésie obstétricale appliquée aux accouchements naturels* l'opposition qui en ce moment s'évertue à la combattre, si — comme nous en avons la ferme confiance — elle doit triompher sur le continent de la façon qui a si bien réussi à ces glorieuses inventions jadis si ardemment combattues et devenues aujourd'hui des *banalités* dont on ne saurait plus se passer.

XXV

Le *chloroforme à la reine* est le nom par lequel on désigne, principalement à l'étranger, l'anesthésie

la différence de température n'était pas, à beaucoup près, aussi considérable que celle qui existera inévitablement, pendant deux ou trois mois de l'année, au tunnel de Saint-Cloud. » Et il termine son discours par le terrifiant tableau de l'*explosion d'une locomotive au fond d'un tunnel*, avec toutes ses conséquences. Ce qui n'empêcha pas les chemins de fer de devenir la *banalité* que l'on sait.

Il en fut de même encore de la « froideur » avec laquelle on accueillit, en France, le télégraphe électrique, qui fonctionnait depuis une année en Angleterre, lorsqu'un autre membre de la chambre des députés, ayant une très-haute position scientifique, vint dire que le nouveau procédé paraissait « peu convenable et peu rationnel », qu'il fallait attendre, et que c'était « une utopie brillante qui ne se réaliserait jamais ». (Louis Figuier, *Merveilles de la science*, tomes I et II.)

très-modérée à laquelle fut soumise la reine Victoria lors de son huitième accouchement, le 7 avril 1853. On le sait par une lettre de sir James Clark, médecin de la reine, en date du 19 avril, adressée à Simpson douze jours par conséquent après l'événement, et qui se trouve dans le *Memoir of sir James Y. Simpson*, Bart. M. D. par J. Duns DD. F. R. S. E.; page 274. Il y est dit que « la reine se fit donner du chloroforme à son dernier accouchement; que l'action en fut merveilleuse; à aucun moment on ne lui en donna une dose assez forte pour lui faire perdre connaissance et c'est à peine si l'on en usa une once pendant tout le temps. Sa Majesté fut enchantée de l'effet et jamais elle ne s'est mieux rétablie. »

Que voulait-on savoir de plus et qui cela pouvait-il regarder? La reine venait d'être soumise au degré d'éthérisme que M. Snow employait pour ses autres clientes d'après la formule de Simpson si généralement acceptée dans la Grande-Bretagne, à savoir *que dans la pratique obstétricale il n'est pas nécessaire que l'agent anesthésique soit donné à d'aussi fortes doses que dans la pratique chirurgicale*[1].

Mais, comme le laisse à penser une autre phrase de la lettre de sir James Clark à Simpson, dans laquelle il lui exprime « l'assurance qu'un *tel* exemple devra être favorable à une plus grande généralisation de cette pratique qu'on ne l'avait obtenue jusque-là », il

[1] Simpson. *Anæsthesia*, p. 201.

n'est pas impossible que les anti-anesthésistes de Londres, à cette époque, aient cru réussir à ridiculiser la méthode *écossaise* dont la reine avait fait usage, en appelant *chloroforme à la reine* une anesthésie à dose non compromettante. J'aime mieux croire cependant que le peuple anglais, très-loyalement enthousiaste pour ce qui tient au bien-être et à la sécurité personnelle de sa souveraine, a décoré de ce nom la dose convenable et sans danger, adaptée au désir de soulagement qu'avait le droit de manifester, en somme, comme toute autre femme anglaise, *la première dame du pays* (the first lady of the land). De là serait venu le *chloroforme à la reine* ou *de la reine* — comme on dit encore en Angleterre d'un très-beau temps : *le temps de la reine* (queen's weather), ou d'un anglais parlé ou écrit correctement : l'*anglais de la reine* (the queen's English).

Quoi qu'il en puisse être, il n'y a plus lieu pour plusieurs raisons de se servir de ce terme en anesthésie ; il n'est resté en aucune façon pour désigner une méthode ; les accoucheurs actuels de Londres que j'ai interrogés à cet égard ne le connaissent même plus. Il est de ces mots de création bizarre dont on continue à se servir pour désigner des choses qui ne se rapportent pas à eux. C'est ainsi qu'on ignore complétement en Angleterre la *potion de Todd*, cette mixture si usitée à Paris et à la confection de laquelle Todd est resté absolument étranger. Todd donnait

l'eau-de-vie à ses malades, à doses indiquées par les symptômes et presque à même la bouteille ; mais il n'a jamais formulé la potion alcoolisée. « On arrange mieux ces affaires-là en France », comme disait Sterne, et l'on y a créé la *potion de Todd*, lequel, par parenthèse, riait beaucoup de cette paternité qu'il ne songeait pas à revendiquer.

Enfin, comme dicton populaire en France, n'a-t-on pas *le soleil d'Austerlitz*, qui est passé à l'état légendaire ni plus ni moins qu'on voudrait y faire passer le *chloroforme à la reine?* Ce qui est bien avéré dans tous les cas, c'est que, quoi qu'on fasse, ce dernier nom appliqué à une anesthésie de moyenne intensité ne fera pas plus de tort à la méthode de la demi-anesthésie que n'en peut faire au soleil lui-même la constatation historique qui affirme que cet astre a brillé par extraordinaire le matin du 2 décembre 1802.

XXVI

CONCLUSIONS PARTICULIÈRES

Premièrement. L'anesthésie obstétricale *diffère* de l'anesthésie des chirurgiens par son étendue moin-

dre. Elle ne vise pas à dépasser l'*insensibilité à la douleur* (analgésie). Ce degré obtenu, ainsi que tous les degrés de soulagement inférieurs à celui-là, constituent la *demi-anesthésie*.

La demi-anesthésie parvient à se maintenir à la limite ci-dessus indiquée :

a. Au moyen de doses de chloroforme petites et intermittentes.

b. Par le frein qu'elle rencontre dans l'*effort obstétrical*.

c. Et peut-être par une modification locale de l'utérus, plutôt soupçonnée que prouvée jusqu'ici, à laquelle je crois pouvoir donner provisoirement le nom de *narcose utérine directe*.

Deuxièmement. L'anesthésie obstétricale est *spécifiquement* caractérisée par :

a. *La tactique des inhalations* de l'agent anesthésique faites à l'instant même de la contraction utérine, ou à un moment quelconque pendant l'intervalle qui sépare deux de ces contractions.

b. *Par l'action désanesthésiante* de l'effort, d'où résulterait pour la femme en activité de travail une certaine immunité contre les accidents chloroformiques.

c. Et peut-être aussi par l'intervention encore mal définie, ou constante, ou momentanée, d'une cause qu'on a certaines raisons de supposer être une *narcose utérine directe et locale*.

Ce dernier phénomène, seul, ou combiné avec l'effort, permet-il pendant l'accouchement un état d'indoloréité suffisant sans que l'anesthésie générale ait besoin, en obstétrique au même degré qu'en chirurgie, de suivre une progression constante et continue qui implique l'annihilation complète de l'intelligence, de toute la sensibilité et de toute la motilité? Tel est le problème au point où nous en sommes arrivés dans l'étude de ces questions complexes.

Troisièmement. Telle que nous la voyons et la comprenons aujourd'hui, l'anesthésie obstétricale *suffit* et au delà, sans danger, sans inconvénients sérieux et avec d'immenses avantages, aux indications des accouchements naturels. Cela est prouvé par la pratique de la plupart des accoucheurs qui consentent à adapter aux accouchements simples les propriétés que nous venons de caractériser tout spécialement. Cette anesthésie paraît même s'être imposée, avec ses conditions particulières, à la plupart des accoucheurs, même quand ceux-ci comptaient faire une anesthésie au degré chirurgical, le prototype de toutes les autres, et réputée par quelques-uns, bien à tort, comme n'étant digne de ce nom qu'à la condition d'être acceptée dans son unité et son indivisibilité. Or nous avons avons prouvé qu'on peut et qu'on doit se contenter, dans les accouchements naturels, d'une *analgésie obstétricale.*

XXVII

Avant de terminer le présent Mémoire, dont les conclusions générales et particulières viennent d'être exposées, me réservant d'ailleurs de reprendre dans le travail intitulé : *la Parturition et l'Anesthésie*, toute considération importante ou toute réponse à des objections passées inaperçues, je voudrais résumer ma pensée sur l'avenir qui me semble réservé, en France particulièrement, à l'anesthésie obstétricale.

Nos adversaires reconnaissent comme réellement efficace et seule digne de ce nom l'anesthésie chloroformique pleine, entière, profonde, celle des chirurgiens; ils ont raison.

Ils affirment les dangers, signalent les inconvénients, nient presque les avantages d'une semblable anesthésie appliquée aux accouchements naturels. Nos adversaires ont peut-être encore raison.

Ils s'obstinent à ne pas vouloir admettre comme mieux adapté aux indications spéciales d'une fonction rhythmique, un degré inférieur d'anesthésie exempt des inconvénients, des dangers qu'ils rapportent au

précédent degré, et doué, quant à la suppression de la douleur, des mêmes avantages que ceux qu'ils reconnaissent à l'anesthésie des chirurgiens. C'est là que nos adversaires ont tort.

Malgré tout cela cependant, quand on lit ce qu'ils ont écrit eux-mêmes à différentes époques, quand on entend ce qui se dit de tous côtés et qu'on voit ce qui commence à se passer dans la pratique, on se prend à espérer que nous ne sommes pas aussi loin de nous entendre qu'on pourrait le présumer.

Je prends pour exemple ce qu'un des critiques les plus déterminés de la méthode demi-anesthétique a dit, à neuf années d'intervalle, sur le même sujet. Dans l'article *Anesthésie obstétricale* du *Dictionnaire encyclopédique*, t. IV, p. 497, 1866 : « Pour notre part, lit-on, nous ne conseillons pas d'employer le chloroforme dans les accouchements naturels, si *ce n'est peut-être à la fin de l'expulsion* chez ces quelques femmes exceptionnelles, complétement déraisonnables, sourdes à toutes exhortations, etc., etc. A part ces cas, il nous est impossible d'accepter complétement les idées de notre éminent collègue d'Édimbourg. Dans les accouchements naturels, en effet, ou bien il faudra se contenter, pendant toute la durée du travail, d'un vain simulacre d'anesthésie atténuant à peine la souffrance, ou bien il faudra, pendant un grand nombre d'heures parfois,

plonger la femme dans une insensibilité véritable, dont la prolongation excessive doit toujours effrayer.

« Cependant il faut ajouter, pour être juste, que la plupart des partisans de l'anesthésie dans les accouchements naturels conseillent d'avoir recours au chloroforme *seulement dans les derniers moments du travail*. Même appliquée ainsi, l'insensibilité obtenue ne présenterait souvent qu'un avantage très-contestable, car tous les accoucheurs savent combien de femmes supportent avec peu de résignation et de courage *la fin de la première période*, et combien l'on en voit au contraire, dont l'énergie se réveille avec les douleurs franches de la fin de l'expulsion. »

La question étant ainsi posée, l'auteur de l'article n'en a pas tiré cependant les conclusions pratiques, et très-logiques à son point de vue, qu'il pouvait tout naturellement en déduire, après ce qu'il vient de constater, conclusions qui eussent été : d'anesthésier la fin de la première période, de préférence à la deuxième, ou même, s'il avait été aussi généreux que logique, la fin des deux périodes.

Il n'en a rien fait, et nous avons attendu jusqu'en janvier 1875 (article critique des *Annales de gynécologie*), pour apprendre l'opinion plus récente, et je dirai plus large, du même auteur.

Après avoir cité son article de 1866 et avoir dit

qu'il n'a pas un mot à changer à cette appréciation (p. 28), il formule cependant sa deuxième conclusion (p. 30) dans les termes suivants : « L'*anesthésie* VRAIE, appliquée aux *accouchements naturels pendant les périodes de dilatation des orifices* UTÉRINS *et* VULVAIRES, est un procédé scientifique et de ceux que l'on *peut discuter*. Ses dangers et ses inconvénients nous paraissent dépasser de beaucoup ses avantages. L'opinion contraire à la nôtre a ses arguments et peut être défendue. »

L'adversaire du chloroforme dans les accouchements naturels semble donc avoir fait cette concession de permettre aujourd'hui d'appliquer pendant la première période cet éthérisme qu'il y a neuf ans il accordait tout au plus pour la fin de l'expulsion, et cela encore dans certains cas particuliers. En d'autres termes, il vient d'admettre qu'on peut étendre l'anesthésie jusqu'à la période de dilatation de l'orifice utérin et comprendre ainsi dans un commun privilége le moment des *deux* traversées douloureuses.

Or, nous-même, on le sait, nous n'avons jamais eu d'autre pensée, depuis que l'exemple d'autres accoucheurs, de M. Danyau surtout (1854), nous y autorisait, et nous avons exprimé cette pensée en toutes lettres dans notre Mémoire sur l'*anesthésie obstétricale* publié le 10 février 1874, lorsque après avoir dit que nous préférions l'anesthésie pour la deuxième période

nous ajoutions qu'il fallait savoir la réserver aussi pour cet instant du travail où « *la dilatation de l'orifice utérin étant tout à fait où à peu près complète*, l'extrémité de l'ovoïde fœtal qui se présente *commence à s'y engager et tend à le franchir* pour pénétrer plus profondément dans le canal utéro-vulvaire » (p. 8). C'était là, je pense, donner une description assez *topique* de la *première traversée* douloureuse, et c'était indiquer assez clairement que nous jugions cette traversée capable d'anesthésie.

Il résulte donc de la comparaison, à neuf années de distance, des textes du même écrivain, qu'il y a eu un progrès, au moins quant à l'étendue du champ anesthésique qu'il accorderait (toute question de dangers et d'inconvénients réservée, bien entendu) à l'anesthésie appliquée aux accouchements naturels.

Mais là n'est pas toute la question : il resterait maintenant à débattre le *degré* de l'anesthésie qui, dans ces conditions, nous serait concédé par les adversaires de notre méthode ; or c'est à cela que me paraît se réduire le principal sujet du différend. Voilà ce qui nous sépare encore.

On connaît assez nos motifs de préférence pour l'anesthésie maintenue à la seule analgésie, pour cet état qu'on a nommé la demi-anesthésie. Or les détracteurs de cette méthode, — que nous avons bien assez longuement exposée, — qu'ils soient de l'École

ou de l'Académie, n'ont qu'à se rappeler les mots que le professeur Gubler répondait à l'un d'eux, le 30 juin 1874, en pleine séance académique : « qu'il faut pourtant admettre des nuances et des degrés dans l'action physiologique et anesthésique du chloroforme. » « On peut, ajoutait M. Gubler, obtenir cette anesthésie à tous les degrés, et il n'est pas nécessaire, dans l'immense majorité des cas, d'arriver à l'insensibilité et à la perte de connaissance absolue... L'anesthésie légère est encore de l'anesthésie proprement dite [1]. »

Fasse qu'un jour notre adversaire des *Annales de gynécologie* se rende à l'évidence « d'un procédé scientifique et sérieux que l'on peut discuter! »

En attendant, nous enregistrons les concessions que la logique semble avoir graduellement imposées aux détracteurs mêmes de la méthode. Nous espérons que l'opinion « contraire à la leur » pourra peut-être avoir bientôt d'autres « arguments » que ceux que nous avons présentés, et qu'un jour elle « pourra être défendue » par des champions plus habiles, sinon plus convaincus que nous.

Dans les signes d'intérêt qui se sont déjà manifestés autour de cette question, dont le privilége a été bien plus d'exciter l'enthousiasme bienveillant

[1] *Bulletin de l'Académie*. 2e série, tome III, n° 26, p. 583.

des jeunes que d'ébranler les convictions de parti pris de nos contemporains, je trouve, entre autres présages heureux, une phrase qui donne grand espoir en l'avenir : « Quant aux accouchements, dit le jeune et consciencieux auteur des *Recherches sur la sensibilité*, la chloroformisation est un bienfait inestimable, et je ne comprends pas pourquoi la pratique ne s'en généralise pas en France[1]. »

C'est là le cri de la raison; il nous fait espérer qu'à l'avenir cette question de l'anesthésie appliquée aux accouchements naturels, sera l'objet d'une étude approfondie. Attendons, et si d'ici là quelque désappointement nous arrive encore de la part de ceux qui auraient pu mieux nous comprendre, je m'en consolerai, pour ma part, avec cette pensée récemment exprimée par un de mes savants compatriotes : « Certaines conceptions que les esprits d'une génération se refusent à admettre, parce qu'ils sont déjà sous l'influence d'habitudes de pensées plus anciennes, finissent plus tard par être universellement acceptées

[1] Charles Richet. *Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité*, p. 329. G. Masson, 1877.

Ce n'est qu'au moment où j'allais donner mon Mémoire à l'impression que j'ai eu l'occasion de feuilleter l'excellent livre de M. C. Richet. J'y cherchais quelque point qui pût intéresser les accouchements, lorsque j'y ai trouvé la phrase citée plus haut. Lorsque je reprendrai mon étude sur la *Parturition et l'Anesthésie*, j'aurai certainement l'occasion de recourir encore à cet ouvrage. Quant au présent travail, il doit rester tel que je l'ai préparé et conçu il y a déjà longtemps.

et en viennent même à être considérées comme évidentes par elles-mêmes[1]. »

[1] W. B. Carpenter. R. S. L. Discours présidentiel à l'Association britannique pour l'avancement des sciences, à Bristol. 1872. *Revue scientifique*, 1872, p. 199.

Typographie Lahure, rue de Fleurus, 9, à Paris — 20037.